

 www.iyyi.com

2016. 01

愛愛醫



第一期 总NO. 72

Volume 1, number 1, Dec 2016

刊首语

光 明

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2644520-1.html>

有时跌跌撞撞

不小心摔了一脚

突然之间

天空失去了色彩

心中总是抱怨与愤怒

打马而过的时光

让我泪流满面

看着曾经

一幕幕画面

沦为今日

一个人的孤孤单单

在与病魔抗战的日子里

我看见了太阳从东面升起

还有那些医生和护士的笑脸

让我鼓舞了勇气面对黑暗

心中有光明

便会花儿开

责任编辑：yemengzhe



目 录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

主 编：于竹梅

副主编：倪广峰 康 晶

制 作：汪纪利

顾 问：杨俊标

编 辑：王颖健 任忠林 刘延红 刘现国

李照禄 何含含 杨俊标 张常哲

陈建华 林业雄 殷吉磊 韩希乾

黄汉纯 蔡晓刚

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iiyi.com

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

网 址：<http://zz.iiyi.com>

联 系 人：修竹临风

联系方式：QQ463767990

地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号
康德莱国际医疗产业园 K 栋

邮 编：519041

联系电话：4006269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

刊首语 专家讲坛

光 明..... 1

基础起搏心电图解读系列讲座（13）：..... 1

基础起搏心电图系列讲座（14）：..... 7

2015 医药卫生十大“新政”..... 17

说说自己得过的病和治好过的疑难病..... 20

患者隐瞒病史险些丧命..... 22

谈谈我半年来做血常规的个人经验..... 23

内镜版☆看图诊断☆送积分活动第 21 期..... 27

儿科床档护栏套的应用..... 33

布氏杆菌病一例..... 34

一例过敏发热患者的误诊..... 35

专家眼中的慢阻肺治疗方案..... 36

如何增加小儿头皮静脉穿刺的成功率..... 40

心电图有奖读图第 52 期..... 42

我的读书笔记部分内容选录（二）..... 44

针刺放血为主治疗虹膜炎..... 48

高热不退（寒盛格阳）..... 49

土郎中手记（二）..... 50

怎样使用酸枣仁汤效果好？..... 52

拨筋按摩法及伤筋..... 52

紫金牛..... 54

路路通..... 55

心绞痛出院 10 天后发生心梗 1 例..... 56

多汗、畏寒、心悸伴游走性疼痛 1 月..... 66

医疗资讯..... 70

北国的雪..... 73

微聚焦：镜头十六..... 74

（医患身份互换，感受对方的立场）..... 74

小溪水命——给妈妈的帖子..... 75

编读往来..... 78

心电图有奖读图第五十一期评审工作及获奖名单.. 78

爱爱医杂志稿约..... 80

关 注 专业交流 西 医

专业交流 中 医

识 草 药

病例讨论

医疗资讯 医网情深

编读往来

杂志稿约

基础起搏心电图解读系列讲座（13）： 双腔起搏器真、假感知功能低下 的心电图甄别和诊断

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2627997-1.html>

双腔起搏器多为心房和心室顺序起搏、心房和心室双腔感知、感知 P 波或（和）R 波抑制或触发型仿生理性全自动型起搏器。它能根据心脏自身频率和起搏器下限频率的快慢、房室结下传的 P-R 间期和人工设置的 A-V 间期的长短，可自动转换为各种起搏模式。

根据心房、心室感知和起搏情况，通常具有 5 种组合模式：①A-V 模式（DDD 起搏），即心房、心室顺序起搏；②A-R 模式（ADI 起搏），即心房起搏、心室感知；③P-V（VAT、DDI、VDD 起搏）模式，即心房感知后触发心室起搏；④P-R 模式（ODI），即心房感知、心室感知，起搏器备而不用；⑤关闭 A-V 通道以 VVI 模式起搏。因此，双腔起搏器的心房电极感知自身 P 波后则表现为触发心室起搏（VAT、VDD 模式）或经 P-V 间期延长再触发心室起搏（DDI 模式）、出现快速性房性心律失常时发生频率回退或关闭 A-V 通道以 VVI 模式起搏借以避免快速性心律失常对心脏的影响；而心室电极感知自身 QRS 波群后则会抑制心室起搏脉冲发放。

若出现在起搏器不应期以外的自身 P 波能触发心室起搏或发生起搏模式转换，心室电极感知自身 QRS 波群后抑制心室起搏脉冲发放，则表明心房、心室电极的感知功能正常；反之，则属感知功能低下。若自身心电活动出现在起搏器不应期内或起搏器开启噪声反转功能而未能发生节律重整则为假性的感知功能低下。现结合 7 个病例对双腔起搏器真、假感知功能低下的心电图进行详细解读。

一、双腔起搏器感知功能低下

判断双腔起搏器感知功能应包括心房和心室的感知功能。若心房感知功能低下，则不能感知自身 P 波，不能触发心室起搏，起搏器将转换为 DDD 模式，以低限频率或滞后频率起搏（图 1）；若心室感知功能低下，则不能感知自身 QRS 波群，经 A-V 间

期触发心室起搏脉冲发放，但该脉冲落在自身搏动后心室肌的绝对不应期内而成为无效脉冲（图 2）。

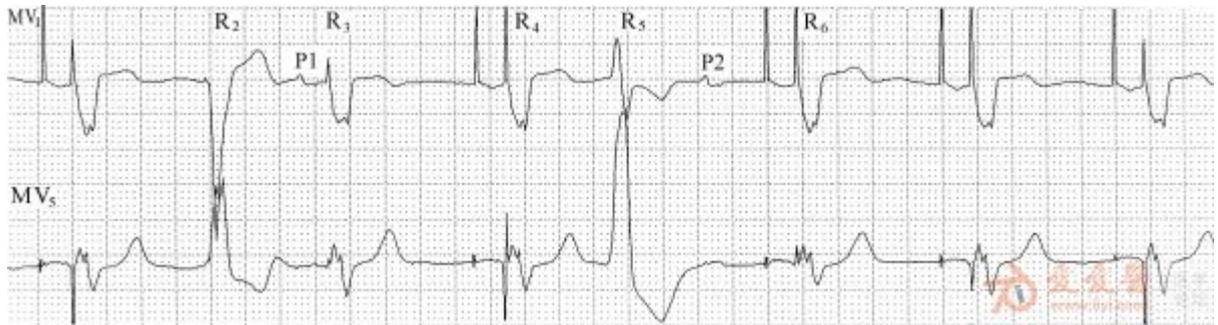


图 1 双腔起搏器间歇性心房感知功能低下

例 1：患者女性，80 岁，临床诊断：病窦综合征、植入双腔起搏器 4 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~120 次/min，A-V 间期 170ms。MV1、MV5 导联同步记录（图 1），显示 P1、P2 为窦性 P 波，其中 P1 波被心房电极感知后触发心室起搏，而 P2 波后未跟随自身或起搏 QRS-T 波群，表明该 P 波未能被心房电极所感知，双腔起搏器转换为 DDD 起搏模式，其起搏周期与起搏室性逸搏周期均为 1.0s，频率 60 次/min，表明起搏器未开启滞后功能，A-V 间期 0.17s，起搏 QRS 波群呈类似左束支阻滞图形；R2、R5 搏动为提前出现形态不一致的宽大畸形 QRS-T 波群，其前无相关的 P（P'）波，偶联间期不等，为双源性室性早搏。心电图诊断：①可见窦性搏动；②二度或三度房室传导阻滞；③双腔起搏器，呈 DDD、VAT 起搏模式，间歇性心房感知功能低下；④双源性室性早搏。



图 2 双腔起搏器心房感知功能低下、间歇性心室感知功能低下待排

例 2：患者男性，69 岁，临床诊断：病窦综合征，植入双腔起搏器半年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~110 次/min，A-V 间期 150ms。MV3 导联（图 2）显示窦性 P-P 间期 0.98~1.07s，频率 56~61 次/min，P-R 间期 0.18s。R1~R3 搏动中可见心房起搏脉冲落在窦性 P 波之后或重叠在窦性 P 波下降支上，表明心房电极未能感知窦性 P 波。R1、R2 搏动中其 A-R 间期约 0.04s，可见心室起搏脉冲落在 ST 段上，表明心室电极未能感知到自身 QRS 波群，此时，需依据该起搏器所设置的心室空白期的长短而加以判断，若心室空白期 $<0.04s$ ，则为心室感知功能低下；反之，若心室空白期 $>0.04s$ ，则系自身 QRS 波群落在心室空白期内所致。R3 搏动 ST 段上未见心室起搏脉冲发放，提示心室电极感知到自身 QRS 波群而抑制心室起搏脉冲的发放。R4~R6 搏动均显示 DDD 起搏心律，可能与窦性频率降至起搏器低限频率以下或出现窦性停搏有关。心电图诊断：①窦性心动过缓，可能存在窦性停搏；②双腔起搏器，呈 DDD 起搏模式，心房感知功能低下但起搏功能正常；③间歇性心室感知功能低下待排，请进一步程控检查；④伪房性融合波。

二、双腔起搏器开启噪声反转功能酷似起搏器感知功能低下

噪声反转是指起搏器为了防止电磁干扰或其他心电信号干扰而导致起搏脉冲发放抑制，特地设置了噪声反转功能。即起搏器遇到连续而快速的干扰信号或极快的心室率后，其心室不应期发生连续重整，直至启动噪声反转功能。此时，不论有无自身心搏出现，起搏器将以下限频率发放起搏脉冲，酷似起搏器感知功能低下。现代起搏器无论是单腔还是双腔起搏器，均设置了噪声反转这一保护性功能，但仅用于心室的起搏保护。常见于阵发性极速型室性心动过速（图 3）、阵发性极速型心房颤动或心房扑动等。当心室率降低或其他干扰信号消除后，起搏器将恢复呈按需型发放起搏脉冲。

噪声反转现象与起搏器感知功能低下的鉴别。前者多发生在极速型室性心动过速（图 3）、极速型心房颤动或扑动时，尤其是心室率 $>150-180$ 次/min 时更易出现，原因是此时过短的 R-R 间期被起搏器误认为噪声或干扰波，导致其心室不应期被连续重整。当延长的不应期达到基础起搏周期时，起搏器就按原设置的起搏周期发放起搏脉冲，并落在自身 QRS-T 波群不同部位上，形成伪室性融合波或夺获心室引发宽大畸形 QRS-T 波群，出现竞争性心律失常，酷似起搏器感知功能低下。然而，发生噪声反转时起搏脉冲大多呈间歇性发放，脉冲与其前某一 QRS 波群的时距恰好是基本起搏周期；心室率降低后，该现象消失，起搏器恢复呈按需型发放起搏脉冲。而起搏器感知

功能低下时，起搏脉冲多呈固定型发放，心室率降低后，起搏器仍呈固定型发放脉冲，持续出现竞争性心律失常，即人工性“室性早搏”。

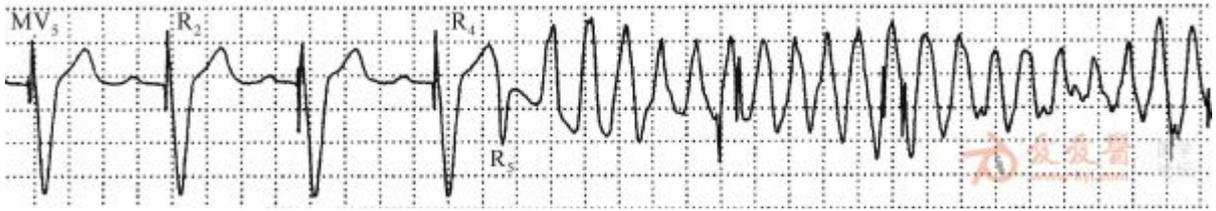


图3 极速型室性心动过速时，双腔起搏器开启噪声反转功能

病例3：患者男性，72岁，临床诊断：冠心病、三度房室传导阻滞、植入双腔起搏器3年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1100ms，频率55~125次/min，A-V间期220ms。MV5导联（图3）显示窦性P-P间期0.78s，频率77次/min，R2~R4搏动为VAT起搏模式，其P-V间期0.22s；R5搏动为室性早搏，且落在前一搏动T波的下降肢上而诱发极速型室性心动过速（274~315次/min）；可见3次心房和心室起搏脉冲落在其QRS-T波群不同部位上，系起搏器开启噪声反转功能所致，其起搏周期0.97s，A-V间期有0.12、0.22s两种，前者为心室安全起搏脉冲。心电图诊断：①窦性心律；②室性早搏呈Ron-T现象并诱发极速型室性心动过速；③双腔起搏器，呈VAT起搏模式；④起搏器开启噪声反转功能和心室安全起搏。

三、双腔起搏器A-V间期设置过长引发假性的心室感知功能低下

当设置的A-V间期过长且大于自身搏动的Q-T间期或Q-Tp间期（Tp指T波顶峰）和起搏器心室不应期时，心室起搏脉冲落在自身搏动T波顶峰后便能夺获心室引起人工性“室性早搏”，这一心电图表现酷似心室电极感知功能低下（图4、图5）。



图4 心房颤动时，双腔起搏器A-V间期设置过长引发人工性“室性早搏”

例 4: 患者女, 70 岁, 临床诊断: 病窦综合征, 植入双腔起搏器 5 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60~115 次/min, A-V 间期 320ms, 心室后心房不应期 450ms, 心室不应期 350ms。MV1 导联 (图 4) 显示窦性 P 波消失, 代之以 f 波, R-R 间期不规则。可见各种模式引发的心室起搏: R4 搏动提早出现, 类似“室性早搏”, 为 DDD 起搏, 其 A-V 间期 0.32s; R5 搏动为 VAT 起搏模式, 即心房电极感知了某一 f 波后触发心室起搏, 其起搏周期 0.60s, 频率 100 次/min; R6 搏动为 VVI 起搏, 起搏周期 0.98s, 频率 61 次/min, R7 搏动的 QRS 波群中有心室起搏脉冲重叠, 系伪室性融合波。心电图诊断: ①心房颤动伴正常心室率; ②双腔起搏器, 呈 DDD、VAT 和 VVI 多种起搏模式, 可见伪室性融合波, 心室感知和起搏功能均正常; ③A-V 间期设置过长而引发人工性“室性早搏”, 建议通过程控关闭心房电路。

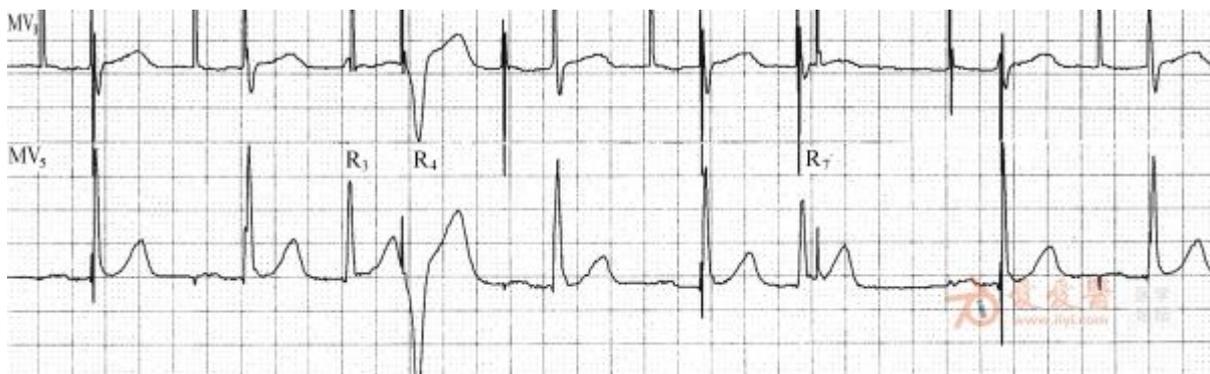


图 5 出现房室交接性早搏时, 双腔起搏器 A-V 间期设置过长引发人工性“室性早搏”

例 5: 患者男性, 79 岁, 临床诊断: 病窦综合征、植入双腔起搏器 3 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 915ms, 频率 65~110 次/min, A-V 间期 300ms。MV1、MV5 导联同步记录 (图 5), 显示双腔起搏器, 大部分心室起搏脉冲重叠在形态正常的 QRS 波群起始部而呈伪室性融合波, A-R 间期 0.28s, 起搏周期 0.89~0.92s, 频率 65~67 次/min, A-V 间期 0.30s; R3、R7 搏动均为提前出现, 偶联间期相等, 其前无 P (P') 波, 形态略异于心房起搏搏动经房室交接区下传所产生的 QRS 波形, 为房室交接性早搏伴非时相性心室内差异性传导; 因该房室交接性早搏没有逆传心房产生逆行 P—波, 故心房电极无法感知此早搏, 双腔起搏器仍按原设定的起搏周期发放起搏脉冲, 心房脉冲刚好落在此早搏的 QRS 波群中, 于 0.30s 后又发放心室起搏脉冲并夺获心室出现宽大畸形 QRS-T 波群, 形成人工性“室性早搏”, 如 R4 搏动, R7 搏动的 QRS 波群中、ST 段上可见连续两次发放起搏脉冲, 两者相距 0.12s, 为心室安全起搏。

心电图诊断：①双腔起搏器，呈 DDD 起搏模式，部分伴伪室性融合波；②A-R 间期延长，提示一度房室传导阻滞；③频发房室交接性早搏伴非时相性心室内差异性传导；④双腔起搏器出现假性感知功能低下及 A-V 间期设置过长引发人工性“室性早搏”；⑤可见心室安全起搏脉冲；⑥起搏器功能未见异常。

四、难以确定双腔起搏器心房或心室感知功能是否真正低下

双腔起搏器的心房电极时而能感知房性早搏的 P' 波，时而又不能感知 P' 波，此时，就较难确定双腔起搏器的心房感知功能是否真正低下（图 6）。

心室内传导正常时，因自身心电信号传至心内膜电极约需 0.05s，故心室起搏脉冲落在 QRS 波群之中而呈伪室性融合波，属正常现象。但是，若心室起搏脉冲落在 QRS 波群终末部，其感知功能是否低下呢？则较难确定（图 7）。若心室起搏脉冲落在 ST 段上，则其感知功能必定低下。



图 6 双腔起搏器出现间歇性心室感知功能低下、间歇性心房感知功能低下待排

例 6：本图引自郭继鸿，其临床资料不详。II 导联（图 6）显示 R1~R5 搏动为双腔起搏，但心室起搏脉冲落在 QRS-T 波群中而呈伪室性融合波，表明心室电极未能感知到经房室结通道下传心室的 QRS 波群，其起搏周期 0.64~0.90s，频率 67~94 次/min，R1 搏动的 A-V 间期 0.24s，R2~R5 搏动的 A-V 间期 0.30s；R6、R8、R9 搏动为 AAI 起搏，其 A-R 间期 0.19s；R2、R7 搏动为提前出现 P' -QRS-T 波群，P' 波重叠在前一搏动的 T 波上，其中 R2 搏动的 P' 波未被心房电极所感知，双腔起搏器仍按原设定的起搏周期发放起搏脉冲，而 R7 搏动的 P' 波则被心房电极所感知，且重整了起搏器节律。心电图诊断：①双腔起搏器，呈 DDD 伴伪室性融合波和 ADI 模式起搏；②长短两种 A-V 间期，提示设置了 A-V 间期负滞后搜索功能；③间歇性心室感知功能低下、间歇性心房感知功能低下待排；④房性早搏。

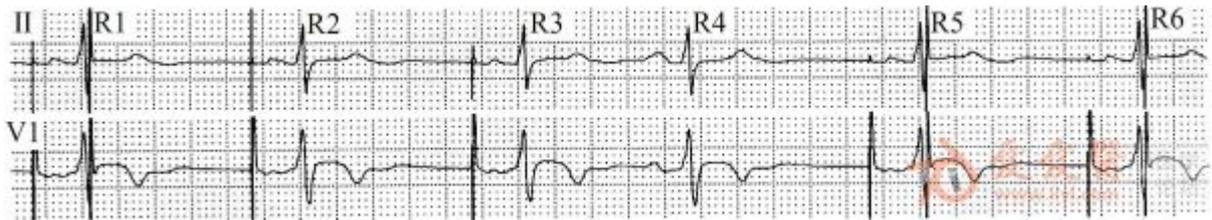


图7 双腔起搏器出现部分心室起搏脉冲落在QRS波群终末部，间歇性心室感知功能低下？

例7：患者女性，60岁，临床诊断：病窦综合征、植入双腔起搏器2年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1200ms，频率50~120次/min，A-V间期320ms。II、VI导联同步记录（图7），显示R4为自身搏动，P-R间期0.18s，根据其P波形态与既往窦性P波一致，提示为窦性搏动；R1、R5、R6搏动为DDD起搏，起搏周期1.20s，频率50次/min，起搏房性逸搏周期1.24s，A-V间期0.32s，但心室起搏脉冲重叠在QRS波群终末部而呈伪室性融合波；R2、R3搏动为AAI起搏，A-R间期0.25s，P'-R间期0.16s，A-P'间期0.09s，提示心房电极与心内膜交接区出现传导延缓或一度阻滞。心电图诊断：①窦性搏动及窦性停搏；②双腔起搏器，呈DDD伴伪室性融合波、ADI起搏模式；③A-P'间期延长，提示心房电极与心内膜交接区出现传导延缓或一度阻滞；④心室起搏脉冲落在QRS波群终末部，间歇性心室感知功能低下待排，要准确判断还需进一步程控调试。

基础起搏心电图系列讲座（14）： 单腔起搏器感知功能过强的 心电图表现及其诊断

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2629712-1.html>

感知功能过强是指起搏器除了能感知自身心电信号（P波、QRS波群）外，还能感知其他电信号（如T波、肌电波、脉冲后电位、电磁信号或交叉感知等），出现起

搏周期延长、暂停起搏等。引起感知功能过强常见的原因有：①感知灵敏度设置过高；②起搏器不应期设置过短；③机体内电信号过强，如高大的 T 波、肌电波等；④外源性干扰信号，如家用电器（电动剃须刀、微波炉、移动电话、电视等）、医疗仪器（电刀、射频消融仪、超短波、核磁共振等）及电磁场（电视差转台、雷达发射台、电弧设备等）；⑤心外电流的影响，如电击、触电及电针等；⑥起搏器故障，如电极导线折断、绝缘层破损等；⑦起搏器屏蔽和过滤功能欠缺等；⑧交叉感知，如心房起搏器感知 QRS 波或 T 波、心室起搏器感知 P 波或 F 波。现结合 11 个病例对单腔起搏器感知功能过强的心电图进行详细解读。

一、心房起搏器感知功能过强

植入心房起搏器时，常因窦性 P 波振幅较低而需设置较高的感知灵敏度（通常为 0.5-1.25mV），易导致对肌电波的感知而抑制起搏脉冲的发放。若心房不应期设置较短，则有可能出现交叉感知 QRS 波或 T 波群导致起搏周期延长。

1、心房起搏器感知肌电波导致起搏器节律被反复重整而出现心脏停搏现象

当起搏器感知肌电波后而停止发放起搏脉冲时，若患者存在双结病，则将出现心脏停搏现象而引发黑蒙、晕厥甚至阿-斯综合征发作（图 1、图 2）。

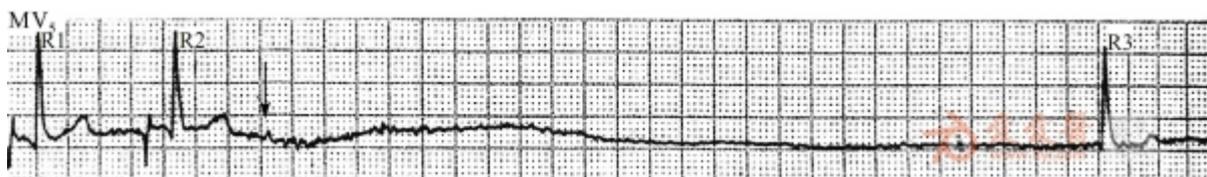


图 1 心房电极感知肌电波后（箭头所指），导致起搏器节律反复重整而出现全心停搏（5.80s）

例 1：患者男性，66 岁，临床诊断：病窦综合征、植入双腔起搏器 2 年。设置的起搏器参数：起搏基本周期 800ms，频率 75~110 次/min，A-V 间期 160ms，PVARP（心室后心房不应期）300ms。MV5 导联（图 1）显示 R1、R2 搏动为 AAI 起搏，之后突然出现长达 5.80s 的 R-R 间歇，R3 搏动其前无心房起搏脉冲或相关的 P 波，为缓慢的房室交接性逸搏，该长 R-R 间歇的出现与心房电极感知了肌电波而导致起搏器节律被反复重整有关（箭头所示）。心电图诊断：①双腔起搏器，呈 ADI 起搏模式；②起搏器感知功能过强（感知肌电波）导致起搏器输出功能受到抑制；③短暂性全心停搏；④缓慢的房室交接性逸搏；⑤提示双结病。

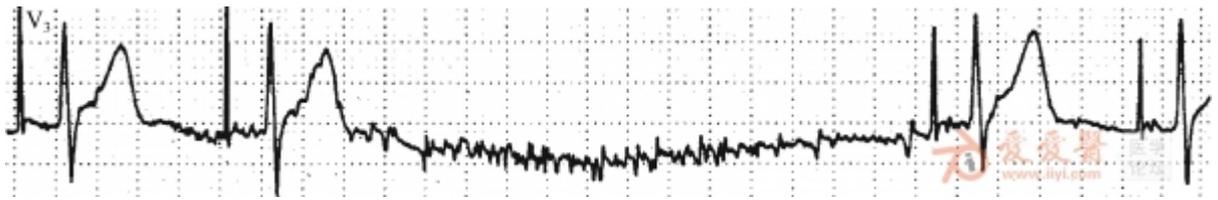


图 2 心房起搏器感知肌电波后，导致起搏器节律被反复重整而出现全心停搏（3.44s）

例 2：患者男性，66 岁，阵发性头晕数月，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 5 年、头晕待查。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1.0s，频率 60 次/min，心房不应期 400ms。V3 导联（图 2）显示 AAI 起搏心律，基本起搏周期 1.0s，频率 60 次/min，A-R 间期 0.20s，QRS 波形正常；值得关注的是在长达 3.44s 未见心房起搏脉冲发放和下级起搏点发放激动，期间可见肌电干扰波，考虑心房电极感知肌电波后抑制了起搏脉冲的发放。心电图诊断：①心房起搏器，呈 AAI 起搏心律；②起搏器感知功能过强（感知肌电波）导致起搏器输出功能受到抑制；③短暂性全心停搏，提示双结病。

2、心房起搏器交叉感知 QRS 波群导致起搏周期延长

当心房起搏器感知远隔的 QRS 波群时，其心电图表现为起搏周期延长，引起不规则起搏（图 3-II a）或不适当的起搏性心动过缓（图 3-II b）。前者为间歇性交叉感知 QRS 波群，而后者则连续性交叉感知 QRS 波群。所感知的 QRS 波群既可以是自身窦性或 AAI 起搏的 QRS 波群，也可以是室性异位搏动的 QRS 波群，此时的起搏周期为 A-R 间期+A-A 间期+滞后间期（起搏器设有频率负滞后功能时）或 A-R' 间期+A-A 间期+滞后间期（图 4）。



图 3 心房起搏器交叉感知 QRS 波群后出现起搏周期短、长交替或不适当的起搏性心动过缓

例 3：患者女性，48 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 3 年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期 770ms，频率 78 次/min，心房不应期 400ms。II a、II b 导联（图 3）系同时不连续记录，II a 导联显示心房起搏器的基本起搏周期 0.77s，前 4 个起搏周期呈 0.77、1.02s 短长交替出现，经测量发现长起搏周期（A2-A3、A4-A5 间期）中，其起搏脉冲与其前 QRS 波群起始部的时距（R2-A3、R4-A5 间期）刚好 0.77s 与基本起搏周期相等，表明心房电极交叉感知了 QRS 波群，并使起搏器节律重整；A-R 间期 0.24s；ST 段呈缺血型压低 0.1mV，T 波倒置。II b 导联显示 AAI 起搏心律，起搏周期 1.0s 与 II a 导联长起搏周期 1.02s 接近，经测量发现起搏脉冲与其前 QRS 波群起始部的间距（R-A 间期）刚好为 0.77s，表明心房电极交叉感知了 QRS 波群，并使起搏器节律重整引起不适当的起搏性心动过缓。心电图诊断：①心房起搏器，呈 AAI 起搏心律；②心房电极交叉感知 QRS 波群导致起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强；③ST-T 改变。

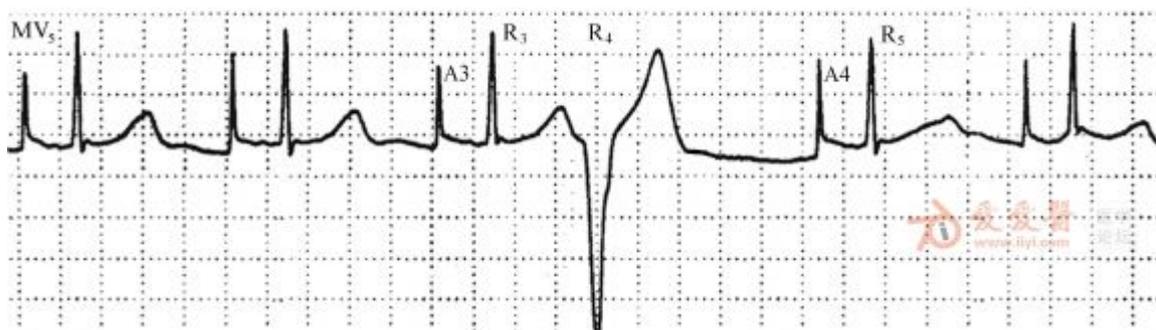


图 4 心房起搏器交叉感知室性早搏 QRS' 波群导致起搏周期延长

例 4：患者男性，62 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 3 年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60 次/min。MV5（图 4）未见窦性 P 波，心房基本起搏周期 1.0s，频率 60 次/min；R4 搏动为室性早搏，A3-A4 起搏间期长达 1.84s，经测量发现长起搏间期中，其 A4 脉冲与其前的 R4 搏动 QRS 波群终末部的时距（R4-A4 间期）刚好 1.0s 与基本起搏周期相等，表明心房电极交叉感知了远隔的室性早搏 QRS' 波群，并使起搏器节律重整；A-R 间期 0.25s，A-P' 间期 0.14s。心电图诊断：①提示窦性停搏；②室性早搏；③心房起搏器，呈 AAI 起搏心律；④心房电极交叉感知室性早搏 QRS' 波群导致起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强所致；⑤A-P' 间期延长（0.14s），提示心房电极与心内膜交接区发生传出一度阻滞。

3、心房起搏器交叉感知 T 波导致起搏周期延长

当心房起搏器感知 T 波时，其心电图表现为起搏周期延长，引起不规则起搏（图 5）或不适当的起搏性心动过缓。前者为间歇性感知 T 波，而后者则连续性感知 T 波。所感知的 T 波可以是 AAI 起搏、窦性搏动或室性异位搏动的 T 波，此时的起搏周期为 A-TP 间期（TP 是指 T 波顶峰）+A-A 间期+滞后间期（起搏器设有频率负滞后功能时）。

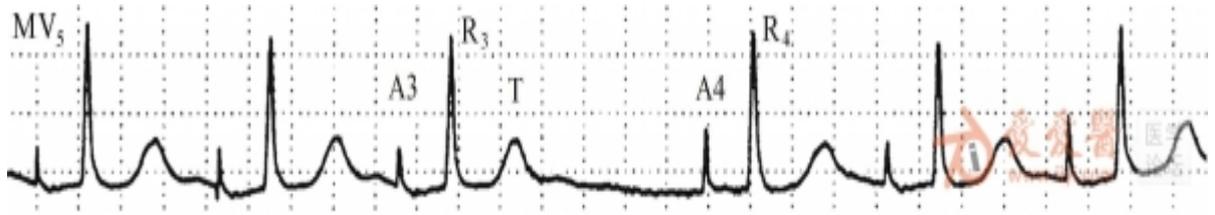


图 5 心房起搏器间歇性交叉感知 T 波导致起搏周期延长

例 5：患者女性，71 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器半年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 860ms，频率 70 次/min，心房感知度 1.0mV，心房不应期 400ms。MV5（图 5）未见窦性 P 波，显示 AAI 起搏心律，基本起搏周期 0.86s，频率 70 次/min，A-R 间期 0.24s；值得关注是 A3-A4 起搏周期长达 1.48s，R3 搏动的 T 波形态与其他搏动的 T 波一致，未见有明显的 P' 波重叠，而其 T 波顶峰与 A4 的间距（T-A4 间期）刚好 0.86s 与基本起搏周期相等，表明心房电极感知了该搏动的 T 波，并使起搏器节律发生重整而导致起搏周期延长。心电图诊断：①提示窦性停搏；②心房起搏器，呈 AAI 起搏心律；③心房电极间歇性交叉感知 T 波导致起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强所致。

4、心房起搏器不感知自身 P 波但交叉感知 T 波而引发人工性“房性早搏”和起搏周期延长

当心房起搏器不感知自身窦性 P 波时，可按设置的起搏周期发放脉冲并下传心室，与窦性激动竞争形成人工性“房性早搏”；若同时出现交叉感知 T 波并使起搏器节律发生重整，则会导致起搏脉冲延迟发放，出现起搏周期延长（图 6）。

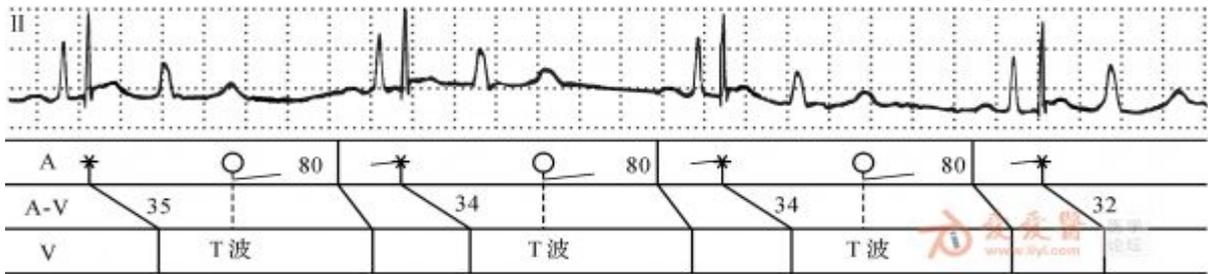


图 6 心房起搏器感知过低、过强并存（不感知窦性 P 波而交叉感知 T 波）
而引发人工性“房性早搏”和起搏周期延长

例 6：患者女性，71 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 3 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 800ms，频率 75 次/min。II 导联（图 6）显示心房起搏脉冲落在窦性搏动 T 波上升肢上并下传心室，下传的 A-R 间期 0.32~0.35s，QRS 波群呈心室内差异性传导，表明心房电极未能感知到其前的窦性 P 波。根据起搏搏动的 T 波到下一个心房起搏脉冲的时距（T-A 间期）刚好为 0.80s，表明心房电极感知了起搏搏动的 T 波而引起起搏器节律重整。心电图诊断：①过缓的窦性搏动；②心房起搏器，其感知功能过低（不感知窦性 P 波）、过强并存（交叉感知 T 波）；③人工性“房性早搏”二联律伴干扰性 A-R 间期延长及心室内差异性传导。

二、心室起搏器感知功能过强

心室起搏器感知功能过强常表现为对低振幅的肌电波、T 波、电磁波、静电磁场发生感知，偶尔对心房 P 波发生交叉感知，出现起搏周期延长、暂停起搏或使原设定的起搏频率转为干扰频率。

1、心室起搏器感知肌电波导致起搏器节律被反复重整而出现心脏停搏现象

当起搏器感知肌电波后而停止发放起搏脉冲时，其心电图表现为出现自身心律、起搏周期延长，若患者存在双结病或高度-三度房室阻滞，则将出现心脏停搏现象而引发黑蒙、晕厥甚至阿-斯综合征发作（图 7）。个别患者在较快的肌电波干扰时可转换为固定性频率起搏，即干扰频率。

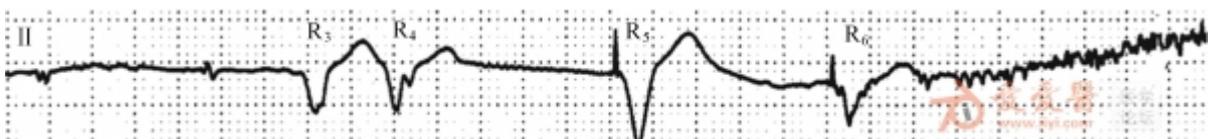


图 7 心室起搏器感知肌电波后导致起搏器节律被反复重整而出现短暂性心室停搏

例 7：患者女性，67 岁，临床诊断：冠心病、心房颤动、植入心室起搏器 4 年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1.0s，频率 60 次/min，起搏逸搏周期 1.08s，心室不应期 325ms。II 导联（图 7）显示自身的基本节律为心房颤动，其下传 QRS 波群呈 QS、qrs 型；R3、R4 搏动为成对室性早搏，R5 搏动为 VVI 起搏，R6 搏动为介于 f 波下传的 QRS 波群与起搏 QRS' 波群之间，为两者搏动所形成的室性融合波；出现肌电干扰波后至少长达 1.80s 未见心室起搏脉冲发放。心电图诊断：①心房颤动伴缓慢的心室率；②下壁异常 Q 波；③短暂性心室停搏；④提示二度房室阻滞；⑤成对室性早搏；⑥心室起搏器，呈 VVI 起搏模式，室性融合波；⑦心室电极感知肌电波导致起搏器输出功能受到抑制，提示起搏器感知功能过强所致。

2、心室起搏器感知 T 波导致起搏周期延长

心室起搏器较心房起搏器更容易感知 T 波，其心电图表现为起搏周期延长，引起不规则起搏（图 8）或不适当的起搏性心动过缓（图 9），此时的起搏周期为 Q-T 间期+V-V 间期+滞后间期（起搏器设有频率负滞后功能时）。

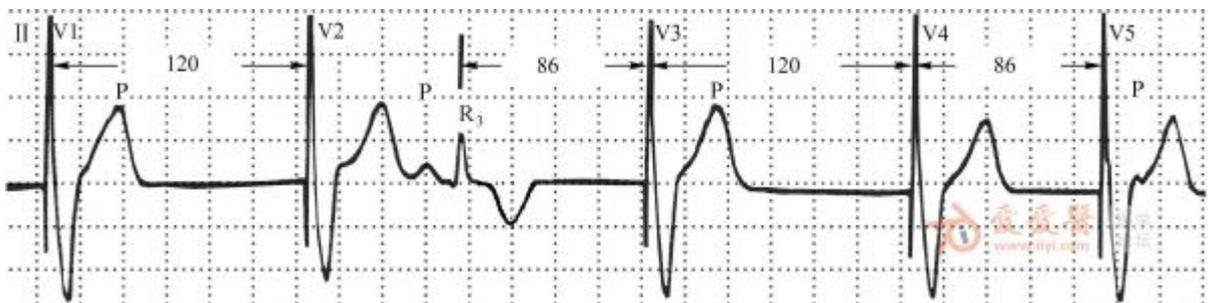


图 8 心室起搏器间歇性感知 T 波导致起搏周期延长

例 8：患者女性，73 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心室起搏器 3 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 860ms，频率 70 次/min，心室不应期 300ms。II 导联（图 8）显示窦性 P 波大多落在 T 波顶峰或 ST 段上，P-P 间期 1.35~1.98s，频率 30~44 次/min；R3 搏动为窦性夺获，其 T 波倒置；心室起搏周期呈 1.2s、0.875s 长短两种，经测量发现长起搏周期中，其起搏脉冲与其前搏动 T 波顶峰的时距（T-V2、T-V4 间期）刚好 0.86s 与基本起搏周期相等，表明心室电极感知了 T 波，并使起搏器节律发生重整而导致起搏周期延长。心电图诊断：①显著的窦性心动过缓伴不齐，符合病窦综合征的心电图改变；②心室起搏器，呈 VVI 起搏心律；③心室电极间歇性感知 T 波导致

起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强所致；④窦性夺获搏动出现 T 波倒置，提示心室电张调整所致。

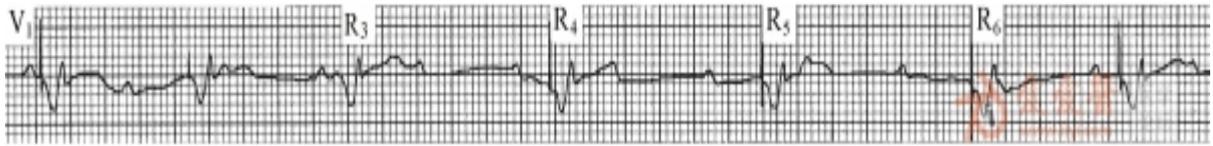


图 9 心室起搏器间歇性感知 T 波导致起搏周期延长

例 9：患者男性，79 岁，临床诊断：冠心病、三度房室传导阻滞、植入心室起搏器 1 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 860ms，频率 70 次/min。V1 导联（图 9）定准电压 5mm/mV，显示窦性 P-P 间期 0.57s，频率 105 次/min，无论 P 波落在何处均不能下传心室；QRS 波群均由心室起搏脉冲所引发，起搏周期有 0.86、1.23s 短长两种，经测量发现长起搏周期中，其 R3、R4、R5 搏动的 T 波顶峰与下一个心室起搏脉冲的时距刚好 0.86s 与基本起搏周期相等，表明心室电极感知了其前 T 波，并导致起搏器节律重整而出现起搏周期延长。心电图诊断：①窦性心动过速；②三度房室传导阻滞；③心室起搏器，呈 VVI 起搏心律；④心室电极间歇性感知 T 波导致起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强所致。

3、心室起搏器交叉感知 P 波导致起搏周期延长

心室起搏器交叉感知 P 波的发生率较低，通常发生在心室电极移位靠近心房部位、较小的心脏、双极电极靠近三尖瓣或心外膜起搏电极在房室沟附近等。其心电图表现为起搏周期延长，引起不规则起搏（图 10）或不适当的起搏性心动过缓，此时延长的起搏周期为 V-P 间期+V-V 间期+滞后间期（起搏器设有频率负滞后功能时）。

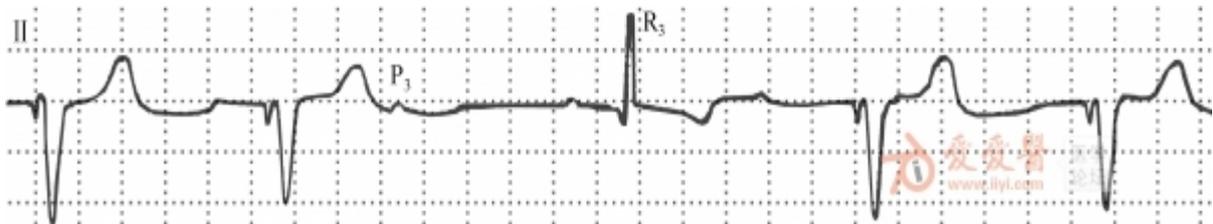


图 10 心室电极间歇性交叉感知窦性 P 波导致起搏周期延长

例 10：患者男性，78 岁，临床诊断：冠心病、三度房室传导阻滞、植入心室起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1080ms，频率 56 次/min，心室不应期 300ms，未设置频率负滞后功能。II 导联（图 10）显示 P-P 间期 0.80~0.87s，频率 69~75 次/min，所有窦性 P 波均未能下传心室，存在三度房室阻滞；R3 搏动延迟出现，其起始 q 波实为向下的起搏脉冲，逸搏周期 1.83s，频率 33 次/min，为过缓的房室交接性逸搏，其 T 波倒置；心室起搏周期呈 1.08s、1.83s 短长两种，经测量发现长起搏周期中，其起搏脉冲与其前窦性 P3 波的时距（P3-R3 间期）刚好 1.08s 与基本起搏周期相等，表明心室电极交叉感知了 P3 波，并使起搏器节律发生重整而导致起搏周期延长。心电图诊断：①窦性心律；②三度房室传导阻滞；③过缓的房室交接性逸搏；④心室起搏器，呈 VVI 起搏心律，伪室性融合波；⑤心室电极间歇性交叉感知窦性 P 波导致起搏周期延长，提示起搏器感知功能过强所致；⑥电张调整性 T 波改变或原发性 T 波改变。

4、心室起搏器感知手机电磁波而导致起搏器脉冲输出功能被抑制

早期起搏器对抗手机电磁波干扰能力较低，患者拨打和接听手机时，起搏器脉冲输出功能会发生不同程度被抑制现象，出现自身节律（图 11）或心室停搏。现代起搏器大多内设了抗手机电磁波干扰的保护电路，使起搏器具有抗手机电磁波干扰的能力。但是，为了安全起见，建议患者拨打手机时，应距起搏器至少 12cm 以上，并且最好是起搏器植入部位的对侧手持接手机。

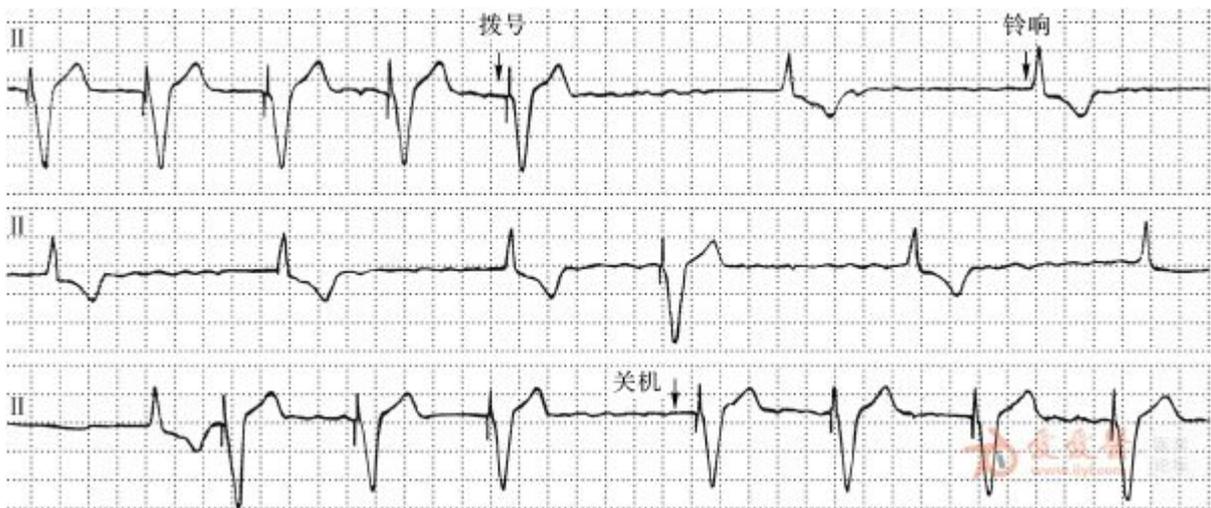


图 11 VVIR 起搏器感知手机电磁波后间歇性抑制起搏脉冲的发放（张萍供图）

例 11：患者男性，66 岁，临床诊断：心房颤动伴长 R-R 间歇、植入具有频率应答心室起搏器（VVIR）。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~125 次/min。II 导联（图 11）连续记录，基本节律为心房颤动，有 2 种 QRS 波形：①由心室起搏脉冲所引发的宽大畸形 QRS-T 波群，其起搏周期在拨打前为 0.80-0.86s，频率 70-75 次/min，停止接听后的起搏周期 0.92-0.98s，频率 61-65 次/min；②呈 R 型，形态和时间均正常，其 R-R 间期 1.60~1.91s，大多固定为 1.60s，频率 38 次/min，ST 段呈缺血型压低 0.1mV，T 波倒置，发生在拨打和接听手机时，考虑为房室交接性逸搏心律。心电图诊断：①心房颤动；②三度房室传导阻滞；③房室交接性逸搏心律；④ST-T 改变；⑤心室起搏器，呈 VVIR 起搏心律；⑥拨打和接听手机时，起搏器感知手机电磁波后间歇性抑制起搏脉冲发放。

三、交叉感知的基本概念

交叉感知又称为远场感知，是指一个心腔的电极不适当地感知到另一个心腔的心电信号，如心房起搏器的心房电极感知心室心电信号（QRS 波群、T 波）、心室起搏器感知心房心电信号（P 波或 F 波）、双腔起搏器心室电极感知心房心电信号或心房电极感知心室心电信号。

四、感知功能过强的发生率

起搏器感知功能过强较感知功能过低更为多见，其中心房电极感知过强的发生率远高于心室电极，达 22.7%。主要是设置了较高的感知灵敏度所致，借以保证对较低的窦性 P 波和房性 P' 波的感知。此外，心房不应期设置较短时，也容易引发交叉感知。起搏器对外源性电磁信号干扰出现感知过强占 46%，对内源性信号感知过强达 35%，对肌电干扰产生感知过强为 19%。

五、感知功能过强的风险性

起搏器感知功能过强所引发的不起搏的重要性远远超过感知功能过低引起的竞争性起搏，特别是对起搏器高度依赖的患者，如本文例 1、例 2、例 7 及例 11。因此，临床医生及心电图室医生应高度重视并甄别起搏器不起搏是感知功能过强所致还是起搏器起搏功能异常所致。

责任编辑：kangjing_dr

2015 医药卫生十大“新政”

链接：<http://www.iiyi.com/d-29-227419.html>

2015 年各项医药卫生的政策层出不穷，如全面放开二孩、取消药品价格政府定价、促进社会办医、大病医保全面实施等。今天，我们一起来盘点和回顾 2015 年医药卫生十大“新政”，看哪一条最能“打动”你？

1、药品集中采购顶层设计出台

2 月 28 日，国务院办公厅发布《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》，提出以省（区、市）为单位的网上药品集中采购方向，实行一个平台、上下联动、公开透明、分类采购、采取招采合一、量价挂钩、双信封制、全程监控等措施，加强药品采购全过程综合监管，切实保障药品质量和供应。6 月 19 日，国家卫计委发布《关于落实完善公立医院药品集中采购工作指导意见的通知》，进一步明确合理确定药品采购范围、细化药品分类采购措施，并对双信封招标制度、完善药品供应配送管理、加快推进采购平台规范化建设、加强综合监管等提出具体的细化要求。

2、药品价格政府定价取消

5 月 4 日，国家发展改革委、国家卫生计生委、人力资源社会保障部、食品药品监管总局等多个部门联合制定了《推进药品价格改革的意见》，明确规定，自 2015 年 6 月 1 日起，除麻醉药品和第一类精神药品外，取消原政府制定的药品价格。同时还指出，我国将逐步建立以市场为主导的药品价格形成机制，最大限度减少政府对药品价格的直接干预。

3、公立医院改革意见出台

5 月 8 日，国务院办公厅发布《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》，明确提出，2015 年在全国所有县（市）的县级公立医院破除以药补医，以管理体制、运行机制、服务价格调整、人事薪酬、医保支付等为重点，全面推开县级公立医院综合改革。2017 年，现代医院管理制度基本建立，县域医疗卫生服务体系进一步完善，县级公立医院看大病、解难症水平明显提升，基本实现大病不出县，努力让群众就地就医。17 日，国务院办公厅再度印发《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，

提出 2015 年进一步扩大城市公立医院综合改革试点，到 2017 年，城市公立医院综合改革试点全面推开。

4、“非禁即入”促进社会办医

6 月 15 日，国务院办公厅印发《关于促进社会办医加快发展若干政策措施》，明确提出，各级相关行政部门要按照“非禁即入”原则，全面清理、取消不合理的前置审批事项，整合社会办医疗机构设置、执业许可等审批环节，进一步明确并缩短审批时限，不得新设前置审批事项或提高审批条件，不得限制社会办医疗机构的经营性质，鼓励有条件的地方为申办医疗机构相关手续提供一站式服务。

5、“互联网+医疗”再发力

7 月 4 日，国务院《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》中提出，推广在线医疗卫生新模式，发展基于互联网的医疗卫生服务，支持第三方机构构建医学影像、健康档案、检验报告、电子病历等医疗信息共享服务平台，逐步建立跨医院的医疗数据共享交换标准体系。积极利用移动互联网提供在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、药品配送等便捷服务、鼓励促进智慧健康养老产业发展。

6、首个干细胞管理规范颁布

7 月 20 日，国家卫计委、国家食药监局联合发布《干细胞临床研究管理办法（试行）》，明确从事干细胞临床研究的医疗机构必须具备三级甲等医院、药物临床试验机构资质和干细胞临床研究相关条件，医疗机构不得向受试者收取干细胞临床研究相关费用，不得发布或变相发布干细胞临床研究广告。同时也规定，医疗机构是干细胞制剂和临床研究的责任主体。

7、全面实施城乡居民大病保险

8 月 2 日，国务院办公厅发布《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，明确提出到 2015 年底，大病保险覆盖所有城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人群，大病患者看病就医负担有效减轻。到 2017 年，建立起比较完善的大病保险制度，与医疗救助等制度紧密衔接，共同发挥托底保障功能，有效防止发生家庭灾难性医疗支出，城乡居民医疗保障的公平性得到显著提升。

8、“史上最严限抗令”进一步升级

8 月 27 日，国家卫计委发布《关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）的通知》和《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》，对规范抗菌药物

关注

临床应用，保障医疗质量与患者安全提出要求。对抗菌药物品种品规遴选、采购、处方、调剂、临床应用和评价等进行全流程监管。同时，鼓励各地借鉴“负面清单”管理方式、创新模式，持续提高抗菌药物临床应用管理水平。

9、全面推进分级诊疗

9月11日，国务院办公厅发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出：到2017年，分级诊疗政策体系逐步完善，医疗卫生机构分工协作机制基本形成，优质医疗资源有序有效下沉，以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设得到加强，医疗资源利用效率和整体效益进一步提高，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例明显提升，就医秩序更加合理规范。到2020年，分级诊疗服务能力全面提升，保障机制逐步健全，布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系基本构建，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，基本建立符合国情的分级诊疗制度。

10、全面放开二孩

10月29日，中共十八届五中全会在北京闭幕，当天发布的公报宣布“促进人口均衡发展，坚持计划生育的基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，积极开展应对人口老龄化行动。”

12月21日，《人口与计划生育法修正案（草案）》正式提交十二届全国人大常委会第十八次会议审议。该草案明确，全国统一实施全面两孩政策，提倡一对夫妻生育两个子女；符合法定条件的可以要求安排再生育子女，具体办法由各省（区、市）制定；夫妻双方户籍所在地的省（区、市）之间关于再生育子女的规定不一致的，按照有利于当事人的原则适用。

在全面深化改革的2015年，卫生计生部门如何行动，备受关注。这一系列重大“新政”的亮相，在促进行业健康规范发展的同时，利益格局调整也让机遇与挑战并存，未来的医药卫生行业将如何重新洗牌，让人拭目以待！

结语：2016年，让我们一起期待医药卫生行业更多“新政”，更多的新变化吧！

责任编辑：hehanhan



第一部分——西医部分

说说自己得过的病和治好过的疑难病

作者：sxx810

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2610797-1.html>

相信大部分人学医都是冲着对医学与疾病的敬畏而来，从医前后耳濡目染过诸多因病而来的生离死别。现就将我自身的经历跟大家交流一下。

一、感冒就不多说了，谁都得过。

二、蛔虫：在 80 年代出生或以前农村成长的小孩大多得过此病，也是儿时比较恐怖的经历。厌食而消瘦，时而腹痛，解糊便。此病因不洁饮食如生食红薯、腌韭菜等引起。当时风靡“宝塔糖”，用了一包后拉出笔芯粗蛔虫若干，病也就好了，总共发过两次。

三、小儿舞蹈病（现在很多人称小儿抽动症）：这个病罕见，我也是因此而学医的。起病时单侧肢体不自主抽动，患侧手紧握，放个硬币可以一两个月不放，颈项向患侧偏，口齿不清，无法入睡，迅速消瘦。在多个医院看中医西医，也请过大神做过艾灸，一个多月无好转，最后因经济原因放弃治疗，在家呆了几天，叔叔见我睡不着觉，偷偷塞了几片安定给老爸，没想到睡过几个好觉以后，病奇迹般的好了，身体也渐渐恢复。每每忆起此病，我在临床上都会提醒自己：治病亦要扶体。

四、中暑：上小学时学校要砍柴交学校供老师食堂用，所以周六都要上山砍柴。我当时是学习委员，与班长是很要好的哥们（打架也打得凶），经常结伴出没。一次吃过中午饭顶着太阳上山，砍了一小时，忽然眼前一黑倒了。班长发现后硬是把我背到了学校（我瘦他胖，如果我胖他瘦估计我挂了）。老师用黄荆条叶子砸碎揉水给我服用后好了。

五、低血糖：初三高三各发了一两次，因为瘦，体质不好，加上学习压力大，起得早，有时家里早餐还没好，就空着肚子去上课，导致早自习上晕倒。进医院医生二

我为人人，人人为我

专业交流

话不说就推 50%葡萄糖 20ml，立马就好。当然后面有了教训，书包里会放一两颗糖，以备不时之需。

六、菌痢：拉不出大便的痛苦不知你经历过没有，两个字：想哭！本病持续一周，拉少量脓血便，肛门胀痛，反复便意，拉不出。病到第四天，忍不住跟老师说了，她给我找了马齿苋捣烂取汁叫我服下，还帮我买了阿莫西林口服。两天后开始好转。

治好的一些病：

1、痛风：刚开始参与值班时，遇到一个痛风患者，60 多岁，曾在多个二级三级的中西医院都看过，痛风不愈，痛苦万分，痛风石渐重，最后发展到双手指、脚趾上都鼓起约乒乓球大小白色大包，流出石灰样的混悬物，我拿着排出的东西到化验室叫个小伙伴帮我看了下，满镜像味精一样的结晶体，痛风无疑。当时想既是尿酸高，想办法降低他的尿酸浓度也许有用。根据检查心肾肝功能都很好，于是跟患者交流，说我有一个办法可以试试。然后把我的治疗方案给他说了下（大量输液降低尿酸浓度，中和尿酸，促尿酸排出）。患者欣然接受，在住院过程中，前三天我每天给他输 2500ml 液体，0.9%生理盐水 1500ml，5%葡萄糖 800ml，5%碳酸氢钠 200ml。其中补钾等方案渗于其中，另嘱护士每天输液完毕后推速尿 40mg。患者前三天诉脚趾头更痛，脚也肿得更厉害，但是流出的“白石灰”少了很多。第四天开始患者的肿渐渐消了，痛风石也开始缩小，第七天流出尿酸结晶的创口闭合。第十四天完全消退。改秋水仙碱每天一粒维持（2 粒患者拉肚子）。患者以后很配合，告诉不吃啥就不吃啥。随访一年未再发生痛风石。后依此法治数例重症者，皆显效。改变了科里治疗痛风必用激素的思维。

2、胸椎间盘突出症：一女，35 岁，诉“胸闷、乏力、常有东西压在胸口的感觉一个月”来院。患者遍访本地二三甲医院，有说是胃炎，有说是心脏病，有说是心脏神经官能症。我细问了一下病史，患者在食品厂上班，长期坐着，弯腰。没说手麻、脚麻，只是感觉胸口有不能说清的隐隐作痛，也没有皮疹。拍胸片肺部也没多大问题，心电图，心脏听诊、叩诊也无异常。上腹部无压痛，莫氏征（一），无消化道症状。我拿着胸片寻思，这个部位放射区域不就这么几个器官吗？看到胸椎，灵光一闪，会不会是胸椎有问题？因为 CT 费用较高，我没有给她开，而是带她到牵引室，先做了一个胸椎牵引（20 分钟），做完过来患者说舒服多了。收住院，按颈椎病的治法用药，四天后治愈。随访一月未复发。

我为人人，人人为我



3、丹毒：这是我见过的唯一病例。当时接诊此病例时，患者已到县人民医院、中医院、皮肤病院都看过，以接触性皮炎治疗。来我这看病时仍未见好转，我看了下他的腿，整个小腿背部通红，近鲜红色，和浅表的血管瘤一样的颜色，局部有小的隆起。这样的情况原来也从没见过，但在医学院皮肤病学习时听老师说过丹毒，马上去翻了下书，仔细询问病史，病人有上山赤腿在草丛中走过的情况，考虑感染引起。然后给用了三天青霉素、维生素C静滴，三天后疹全消。

4、带状疱疹：本病其实没什么可说的，静脉阿昔洛韦，外用阿昔洛韦乳膏，顺便说两句，黄芪对后期疼痛治疗有显效，景观植物垂盆草对皮疹愈合有奇效。

患者隐瞒病史险些丧命

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2690261-1.html>

一般患者有病求医不会对医生隐瞒病史，但是个别的会隐瞒病史，让医生无法正确诊断。

患者，女，20岁，未婚。2小时前无明显诱因突发右侧腰腹部疼痛。贫血貌，生命体征正常。查体时右侧下腹部明显压痛反跳痛，右肾区无叩击痛。我立即为患者行B超检查，双肾双输尿管未见异常，又问患者月经情况，说月经正常，并且正在月经期，否认有性生活史。血常规检查显示血象高，怀疑急性阑尾炎。请外科会诊，外科医生查体再次问诊后，综合辅助检查，高度怀疑急性阑尾炎。准备手术，术前准备时，护士张小青发现患者阴道流出的血液不像月经，出血量大，且不凝固，患者面色苍白。护士张小青感觉大事不好，立即通知外科主任，外科主任查体后，问患者：你确定你的月经期正常吗？确定没有性生活史吗？如果你执意隐瞒病史，会出人命的，患者这时才告知，和男朋友同居过。医生立即通知妇科医生会诊后，诊断宫外孕。立即手术……

事后各科医生表扬护士张小青，细心，临床观察能力强，挽救了患者的生命。



谈谈我半年来做血常规的个人经验

作者: wenqianhui13579

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1322547-1.html>

终于再一次鼓起勇气谈经验，检验版的高手总习惯潜水。作为一个后辈，在此谈自己的经验，谈自己对检验的浅薄认识，或多或少有些卖弄的味道，显露出自己不谦虚的一面。

好了，废话少说，卖弄正式开始，先谈一下我们的工作情况：仪器是 SE9500，全自动的，每天上午 120 个左右，最多 180 个，全部我一个人做，还要每天下小儿科采两三个血回来做，上午 12 点以前做完。每天做质控，保养仪器，医院有相对完善 LIS 和 HIS 系统，可以看病人的诊断以及其他实验室检查项目。历史记录可以追溯到 2005 年 10 月，下午在科里休息。

谈一下个人的经验：

1、要合理安排时间：华罗庚先生的统筹方法就不用我讲了，相信大家用得都比我好。

2、要丰富自己的知识：作为一个检验人员，最基础的应该了解仪器性能，会看散点图、直方图，会看原始分析参数，同时我觉得大家别天天看检验的东西，多看临床的东西，把检验和临床联系起来。用临床的思维去做检验，正确理解实验室指标在疾病病理生理过程中的变化规律。

3、多渠道保证检验结果的准确性：目前我觉得我们做血常规最大的毛病就是太强调分片。我个人认为，涂片是必要的，但不是万能的。曾经在园子里发过一篇关于涂片的文章，大家似乎都不关心。我个人认为，要全面保证血球分析的质量，必须是多途径的，涂片只是其中一个环节。一种保证检验质量的补充措施，我个人认为，我们涂片既要提高敏感性，也要提高特异性。其实有很多情况下是可以不推片就解决问题的。比如，一个病人 HGB 降低较多，你可以先看看血是不是太稀，可以初步判断结果是否准确。

4、灵活运用检验：检验的基础是一个准字，但是准绝对不是检验的唯一内容，做得再准，也只能算高级仪器。我们应该活一点，人和机器最大的区别就是人是活的。工作一定要活，要想着问题做检验。

5、要有自信心，多介入临床。多消除误会，和临床医生处好关系。

先列举我工作中的几件事和大家探讨一下怎么做检验(卖弄开始了):

肝胆外科有个病人前天血小板 89，今天突然就到 400 了，我的第一反应是血是不是编错了，赶紧对一下号，没错，是他的，我看了下诊断，肝硬化。纳闷了，肝硬化，PLT 应该降低啊，怎么升高了？突然想起，肝硬化导致门脉高压，治疗手段之一就是脾切除，脾切除了，PLT 自然就高了。于是我给主管医生打了个电话，问一下是不是脾切除了，主管医生态度也很好，说是的，我这就放心了。我说：差不多，血小板很高。大家都意识到是正常的了，所以这个血片我就没有推了，直接发了报告。

这个事情我们可以这样想：打个电话的意义远不在于少推了张片，减轻了工作量，最重要的是，你要临床医生知道，你已经用心做了，结果是准确的，换句话说，医生对你很放心，自然不会对你或对检验结果有意见了。更不会到处说检验科不准了。从长远来讲，混了个脸熟，以后有什么事大家都好协调了。说句实话，检验哪有不出错的，和医生关系好点，出了点错，大家别相互拆台，共同处理好算了。

当然，涂片是必不可少的，有时也能发现些东西。呼吸科有个病人，诊断为发热，原因不明，WBC4000。我一看，直方图正常，各项指标都正常，中性 85%，所以决定涂片看看有没有问题。一看，中性粒细胞里面全是中毒颗粒，天啊？突然想起了：重症感染病人 WBC 可以不升反降，于是赶紧给医生打电话，问了一下病人的情况，交流了一下。医生也正犯愁，说找不到感染灶。我就说这个病人可能有菌血症(败血症)，因为有中毒颗粒，做个血培养看看。医生听取了我的建议，后来好像是阳性。

仔细想想，这是个重要的信息，首先：不是每个感染的病人 WBC 都升高，尤其是败血症病人。其次作为一个医生面对一个发热不明的病人，即使用抗生素，心里也不塌实，因为白血病、肾炎、SLE 等都可以引起发热。而三者的治疗措施完全不同。看见中毒颗粒，无疑使他更坚信了细菌感染的可能性，具有一定的意义。

神经内科有个病人，诊断为癫痫。一看，WBC65000，仪器提示幼稚细胞太多，首先怀疑白血病。查一下门诊记录，以前也高，这个病人可能已经诊断了白血病。住在神经内科是因为他老发癫痫，可能是 WBC 淤滞引起的。手工分了个类，写了句建议骨穿，这些都是情理之中的，不写医生也知道。可是麻烦来了，每次做血常规，他的标本都不分类，都要手工分。想了想，这样下去也不是办法，我哪有那么多时间给他弄啊，于是索性给医生打了个电话，内容就是说手工分类的主要目的是诊断白血病，既

专业交流

然你这个病人已经诊断明确了，就没有必要分了。医生也说是，想想也真窝火，不会早点说嘛，害得我分了好几次，此后几十次检查都没有给他分。

从这件事情我们看出：分片要看有没有意义，有没有价值，而不要根据结果来分。打个比方，肺癌病人 E0 异常升高，分不？我觉得没有必要，首先仪器基本上准确，其次这本来是一个正常的反应，肺癌病人 E0 确实要高。如果一个病人胸痛，诊断还不明确，来查 E0 高，最好还是分个片，因为 E0 高支持肺癌诊断，如果仪器分类不准确，很容易误导医生，所以最好手工核实。这个病人已经明确是肺癌了，分片也就失去意义了。

又比如，烧伤科有个病人，大面积烧伤，多次检查仪器说血液里面有很多幼稚细胞。分了一下，确实有，但是又不像白血病。索性给医生打电话问问情况，医生说，目前是败血症，并且危重，那还分什么，败血症病人血液中的细菌及其产物本来就对骨髓的粒细胞有趋化作用，出现幼稚细胞很正常啊，以后我一直没有给她分片。

老年科有个病人，诊断椎基底动脉缺血，常规一看：MCHC800 多，怎么可能呢，肯定是红细胞聚集了。拿起血来一看，有很多颗粒，不用说也知道，多半凝集了。本来温一下，解聚就算了，但是仔细一想，RBC 聚集，血流动力学不好，当然会导致脑缺血了。于是打电话告诉医生情况。这个医生大概是参加工作不久，问我怎么办，我就说注意给病人保暖，这是冷凝。后来旁人给我说挺有效的。

事情太多了，再说就有点卖弄的味道了，还是谈谈自己对检验的看法。

1、检验最重要的是要灵活。检验的基础是准，做不准，我们就没有与临床对话的资本，做得不准，谈什么都没有意义了。但是大家不要始终在一个准字上下工夫，检验的核心应该是活，灵活。这个社会什么都要活，用时髦点的语言来讲，就是不要照抄照搬，不要教条主义，毛主席能以弱胜强，自然是灵活应用了马克思主义。检验也是如此。拿分片来说，指定所谓的分片规定都是教条，有一定的科学性，但是我们绝对不能照抄照搬。涂个片，首先要想到它的意义，而不是说我按照规定要涂片。没有意义，像我列举的神经内科的白血病病人，你还涂什么？分什么？诊断都已经很明确了。我们涂片的目的是提供信息，如果这个信息完全是无用信息，人家不需要，或者说与临床诊断符合，或者说对疾病的治疗、诊断帮助不大，你还涂什么。何必做这些费力不讨好的事。有的东西，即使没有规定涂片，可是有意义，你也得涂一下，就像呼吸科的那个败血症患者。

2、检验结果，必须结合临床考虑。做检验，一定要站在临床医生的角度来做，分析数据的合理性，及时和临床医生沟通、联系，扩大检验的影响力。我做血常规，发现与历史记录变化较大标本，首先看看标本有没有弄错，其次看看诊断。不管什么病，首先想想他的病理生理过程，治疗手段，然后再仔细想想检验结果是否合理。这是一个知识的积累与临床经验积累的过程。比如，内分泌科甲亢的病人 WBC 老偏低，搞不懂怎么弄的，翻了两天书，问了一下专业医生，原来治疗甲亢的药都会导致 WBC 减少。结合检验，WBC 假性减少，还是比较少见的，于是每次看见甲亢病人 WBC 减少，都很放心地发报告，除非降得太多。要是大家不结合临床，动不动就推个片看看 WBC 少不少，无形中给自己增加了很多工作量。做检验，我最讨厌的就是重新做一遍，还在单子上写个已重复检测过两次了，坦率地讲，我们做检验的，连仪器是否准确都不知道，还要用重新做、观察重复性的方法来确认结果，是不是太悲哀了，我个人觉得，有时重新做是必要的，但是别什么都要复查两遍。一定要先看看与临床符合不符合，标本有没有弄错，仪器准不准；其次在单子上写个已经重复检测的字样，给人的感觉就是以后要是结果不好，就让检验科重新做一次。这岂不是我等自己瞧不起自己。

3、检验，不要让自己太被动。大家做检验的，最反感的是人家说自己做的不准，最讨厌临床医生找麻烦，说弄错了。说句实话，很多都是误会，消除就好了。怎么让临床医生不找麻烦呢？我的方法就是主动出击，先给临床医生打预防针。首先你应该清楚，哪些医生毛病最多，最爱找麻烦，那些结果不好解释，容易惹麻烦。比如肿瘤化疗病人，以前 HGB 都偏低，突然升高了，主管医生毛病最多。怎么办，直接给他打电话，当然，怎么说也要讲点艺术，不能生硬，也不要太没有力度。你可以说你这个病人是不是输了血啊，HGB 上来了，他说没有，你说那可能是抽错了，结果很准确（尽量把责任说成他的），我们已经核实过了，怎么核实的，不要告诉他，总之结果准不准，我们最清楚了，然后再说要不你明天重新抽一个来吧。说话过程注意要站直腰，平等地和他说话，言外之意就是说：我们也不是好惹的。想必这样他想找麻烦也是找不到借口的。大家想想，如果不打预防针，等人家找上门来，就有点难处理了。

4、检验，多介入临床。在医院里面，不参与临床事务，不解决病人的问题，自然是得不到患者、医生、领导的认同，地位也不会提高的。检验科的人如果天天发报告，不参与临床，又如何得到他人的认同。大家在做检验的时候多留点神，多和医生联系一下，解决实际问题，能力才能提高；解决的问题多了，提的建议有效了，别人

专业交流

自然就尊重你了。呼吸科那个败血症就是个明显的例子。多给医生打点电话，多交流点，自己的能力得到提高，同时医生也很感谢你，认同你，知道你做的很认真。大家在工作中多挖掘点检验与临床结合的例子，不断把自己的工作渗透到临床上去，处理的事情多了，自然就受人尊重了。就血常规而言，还是有很多东西可以挖掘的，比如冷凝提示支原体感染，血小板聚集提示易形成血栓等。

总之，我个人的观点就是：检验离不开准，确实是这样的，但是“准”，仅仅是基础，做得再准，不参与临床，我们也是高级仪器，永远受临床指挥，就好像我们指挥仪器一样。检验为临床服务，但是服务是主动的，是需要得到认同的服务，而不是被动的，得不到认同的服务。我们只在准上下工夫（本人并不否认准在检验中的重要地位），则会永远像仪器一样处于被动状态，被动地受临床医生指使，不具有主动性，自然就没有人尊重你了。地位自然也提不高了，地位提不高，待遇自然也不行了。所以，检验一定要“活”。

给大家提点建议：

- 1、没事多看书，看临床的书，检验一定要与临床结合。
- 2、用心做检验，而不是用手做检验。做事时脑子里一定要想着东西。
- 3、做检验，和做人一样，讲艺术，灵活点。至于怎么讲艺术，自己摸索摸索。

协调好仪器与手工、检验与临床之间的关系。

内镜版☆看图诊断☆送积分活动第 21 期

作者：ls1970130

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2311528-1.html>

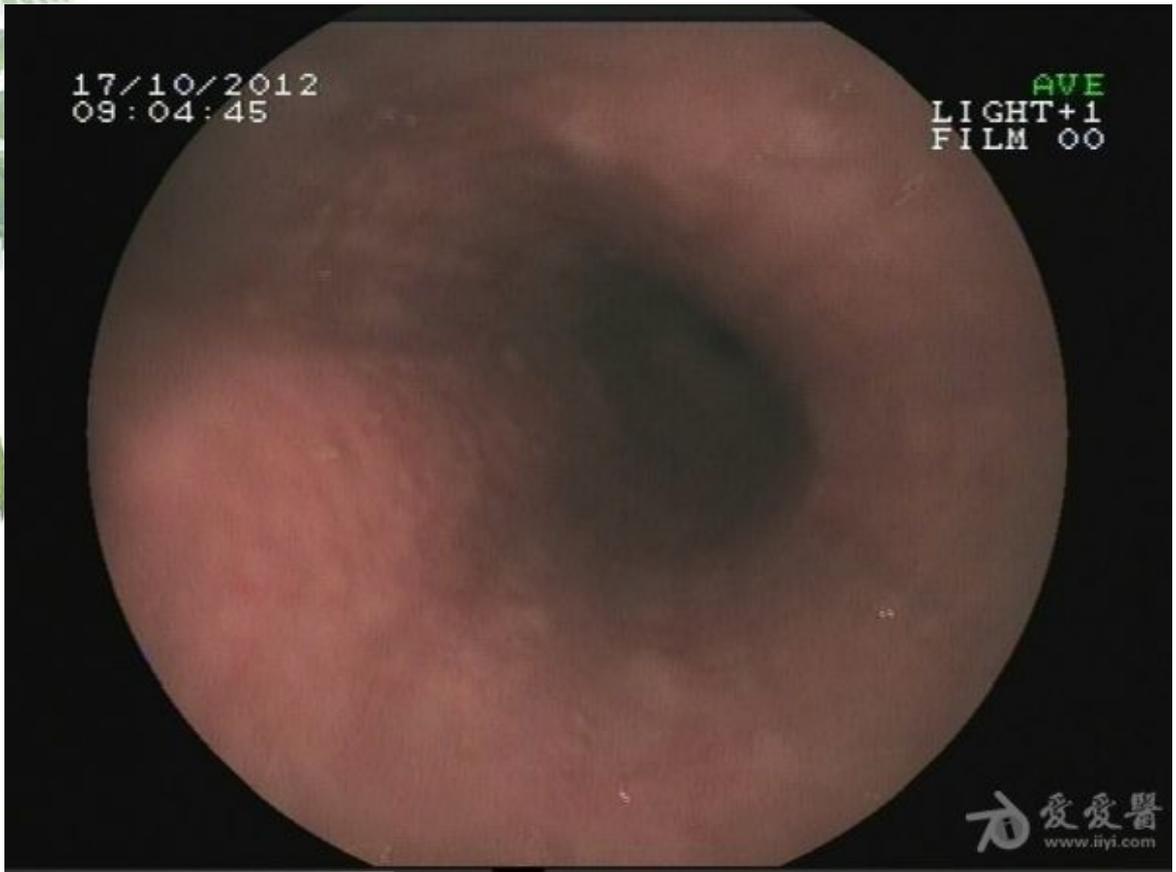
【病史摘要】

贺某某，男性，48岁。因“上腹部不适3月余”就诊，查体：一般情况可，腹部平坦，中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg阴性。行胃镜检查：

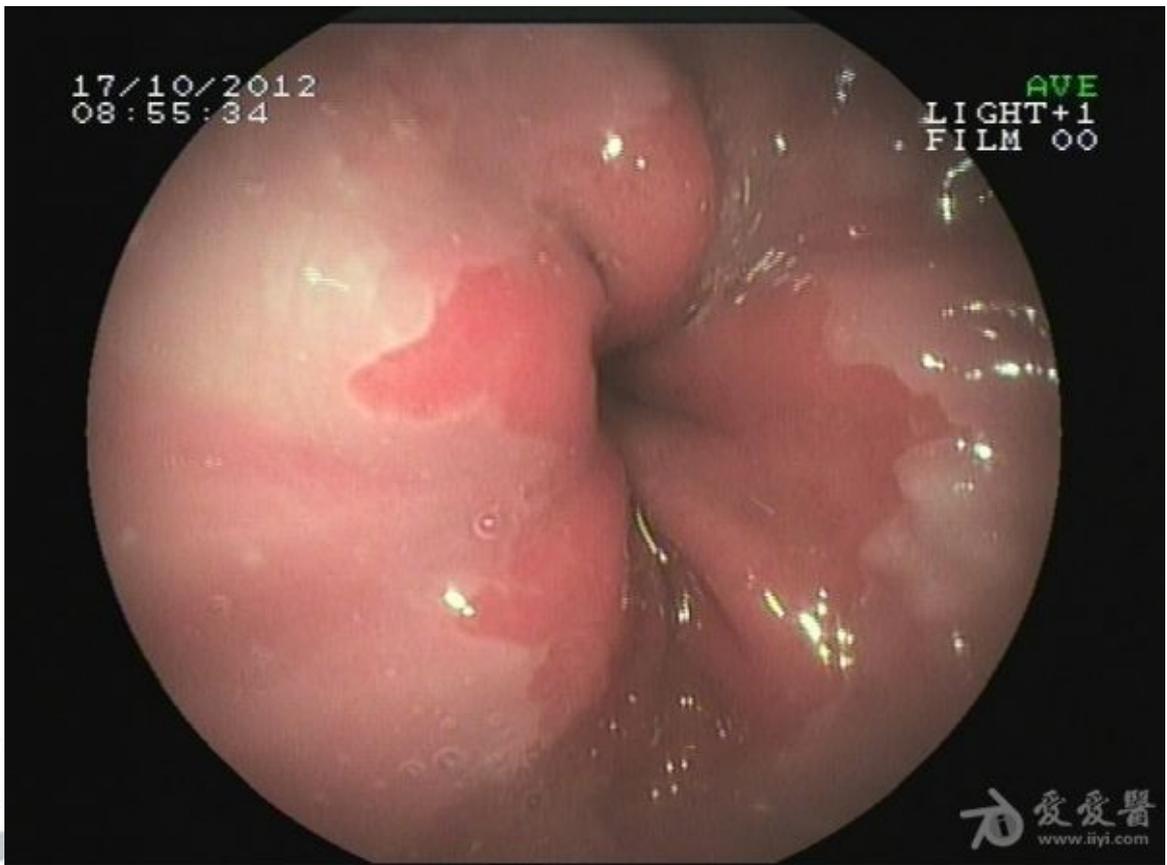
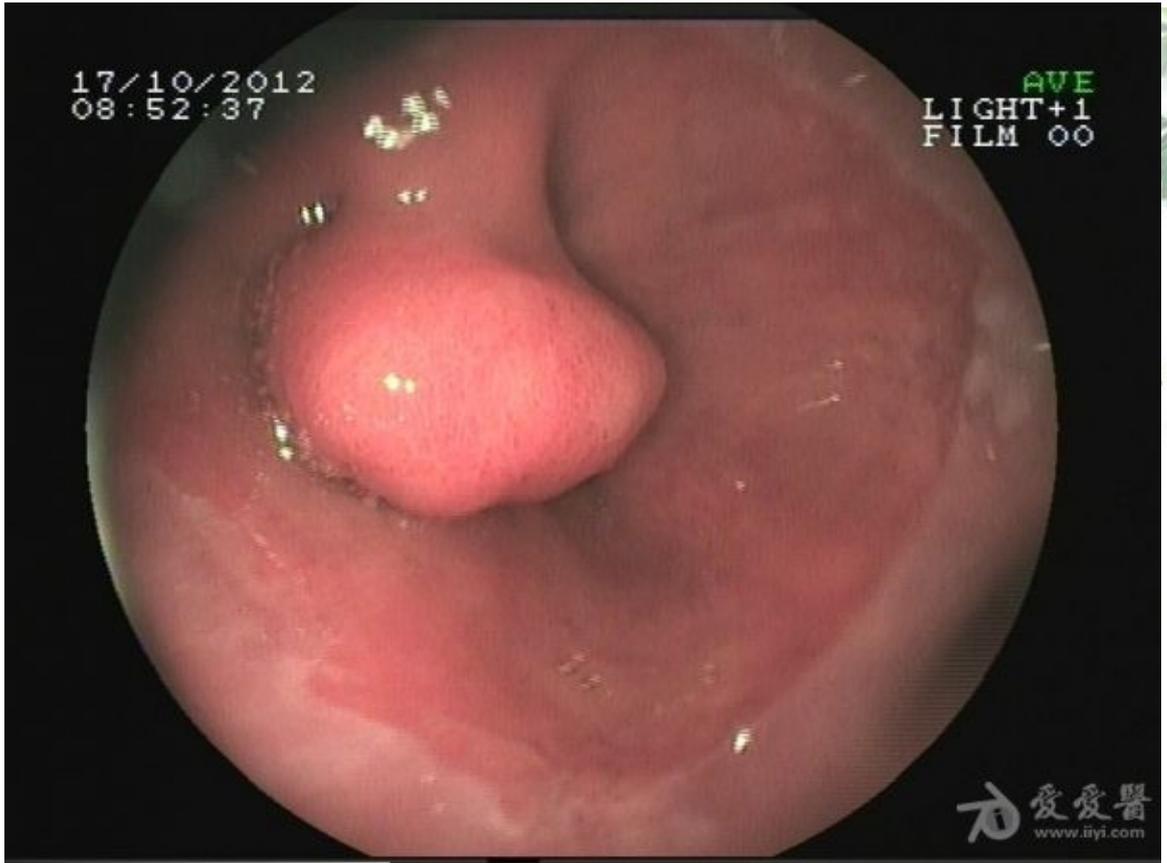


我为人人，人人为我

食道

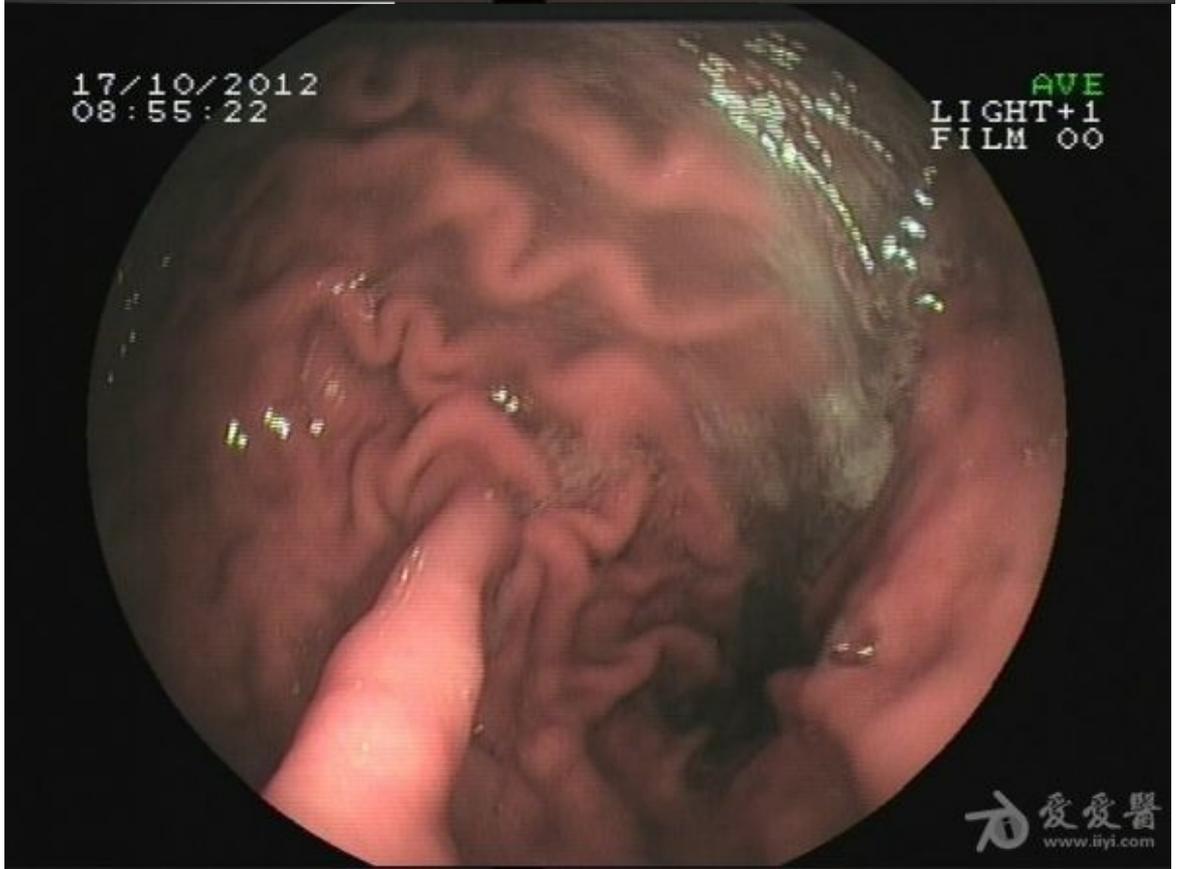
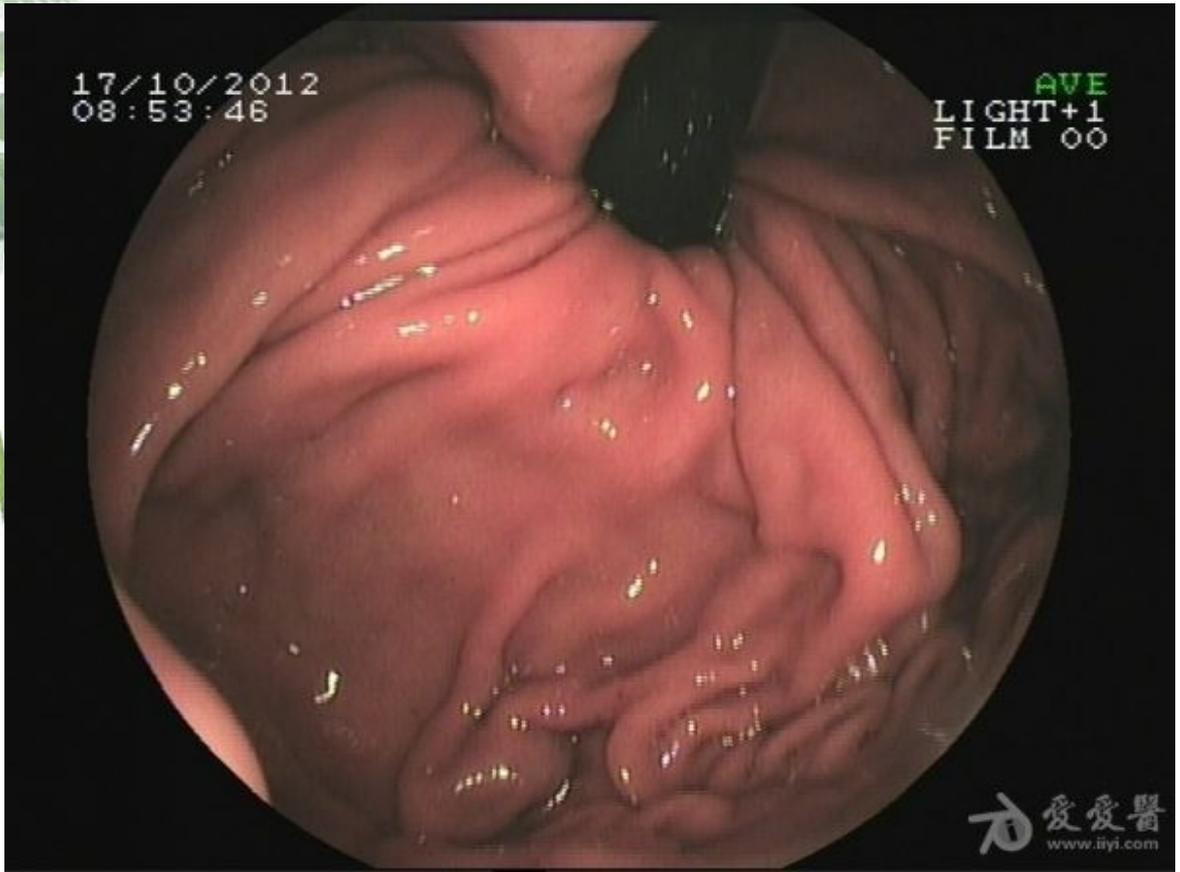


我为人人，人人为我



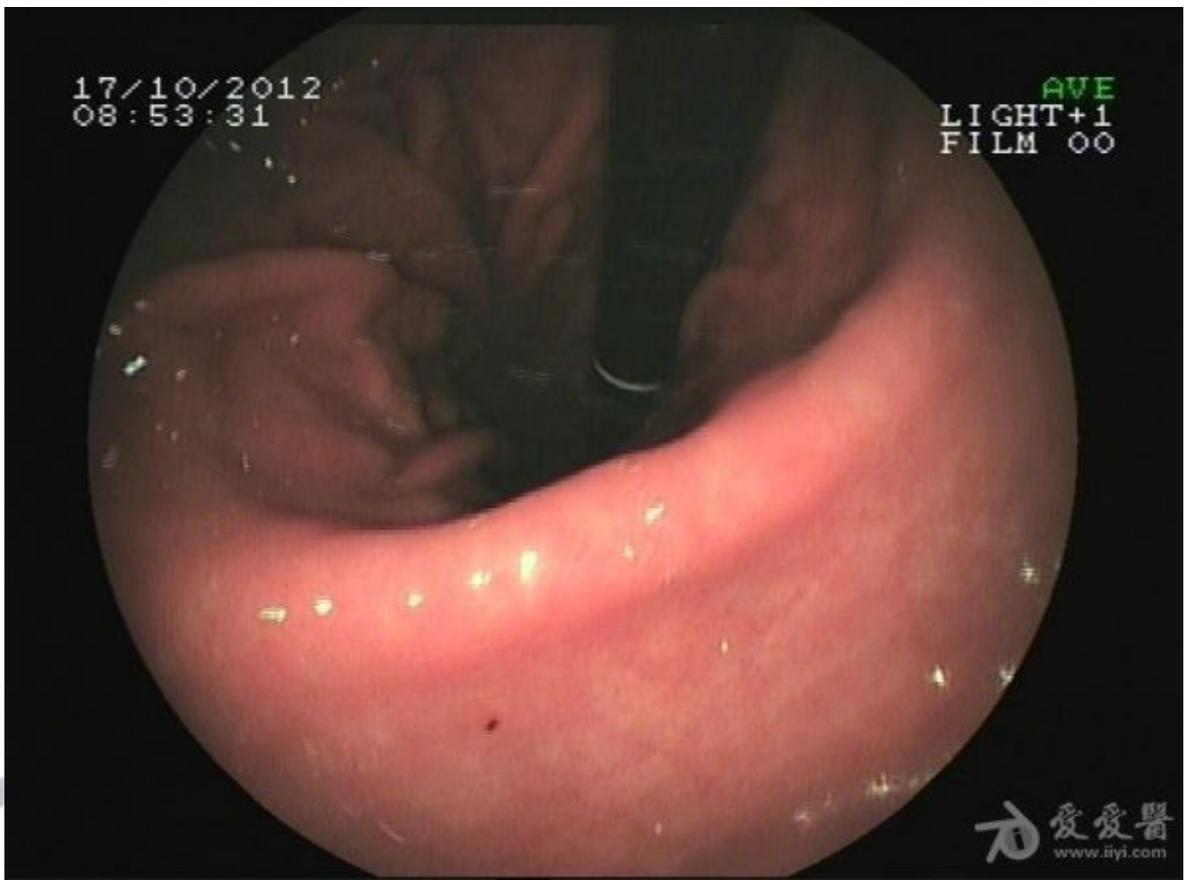
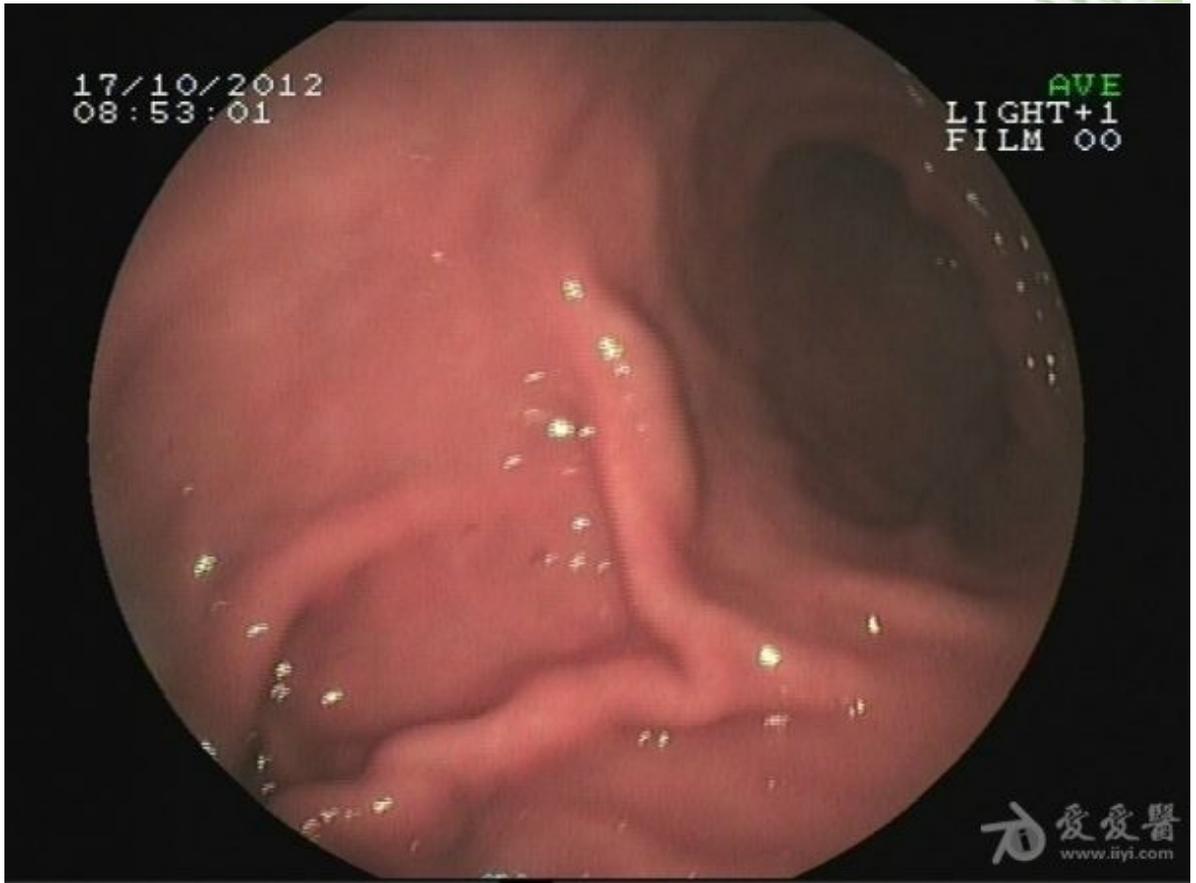


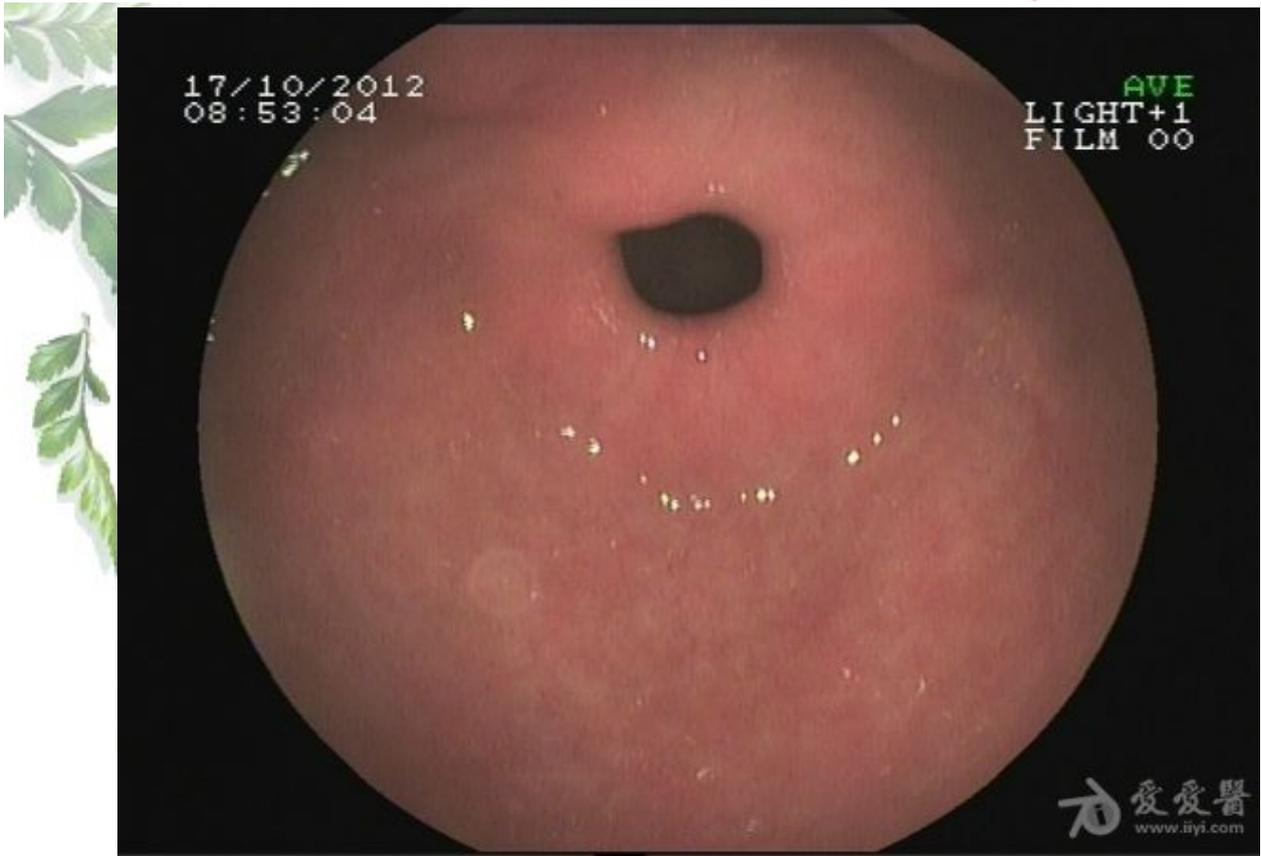
胃



我为人人，人人为我







十二指肠



我为人人，人人为我



【讨论】：1、镜下诊断及诊断依据？ 2、鉴别诊断？ 3、治疗方案？

儿科床档护栏套的应用

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2701056-1.html>

儿科病房住院患儿发生坠床的几率很高，因此，防范住院患儿坠床是医院护理质量管理中的一个重要内容，也是评价医院护理质量的敏感性指标。

2岁以内的患儿，护栏缝隙过大，有从护栏缝隙坠床的风险。

为防患儿坠床，可用床单制成护栏套。

制法：取长2.3m，宽1.0m的床单，纵折后，将布料两头（床单两头的中点）各缀一个长10cm的白色布带制成，底部两面每间隔20cm各缝制一个白带，用于将护栏套固定于床沿上。

使用：先将护栏拉起，然后将缝好系带的床单覆盖罩于护栏上，先将两头的系带



固定于床头床位的栏杆上，再将悬垂于底部两侧的白色布带系于床沿，从而形成一个相对密闭的布兜状双层护栏套，不用时，只需松解床头和床尾的系带即可。

优点：1、取材容易，制作简单，成本低，不用时，还可用作床单，可谓是一物多用。

- 2、床单制作成护栏套，与床单元色调统一，保持一致、美观。
- 3、双层更耐用、效果更可靠。
- 4、清洗后可重复使用。

布氏杆菌病一例

作者：旧日足迹

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2611869-1.html>

一般资料：性别：男；年龄：28岁；体重：78kg；民族：汉；职业：农民。

主诉：腰背疼痛伴左下肢疼痛2个月。

病史：患者自诉2个月前起无明显诱因出现腰背部疼痛，时有向左侧臀部至左小腿外侧放射痛，伴有麻木感，走路尚可。无腹痛、腹泻，无发热，无咳嗽咳痰，无恶心呕吐，平卧时可稍减轻，症状时轻时重。至某医院门诊检查，诊断为腰椎间盘突出症，口服“腰痛宁、戴芬”，并门诊理疗治疗，症状减轻。入院前3天前症状再发，为求系统治疗入院。

既往史：无肝炎、结核等传染性疾病史，无外伤及手术史，无药物及食物过敏史。

个人史：22岁结婚，育一子，吸烟饮酒。

家族史：无家族性疾病史。

体格检查：体温：36.4℃，脉搏：85次/分，呼吸：20次/分，血压：130/80mmHg。

发育正常，营养中等，皮肤及黏膜无黄疸。浅表淋巴结未触及肿大，心肺腹阴性。颈椎、胸椎无明显压痛点，腰椎椎间及棘旁不同程度压痛，左直腿抬高实验阳性。

辅助检查：腰部CT：L4/L5、L5/S1椎间盘突出。腰椎局部骨质密度不均。入院常规化验基本正常。肿瘤系列未见异常。腹部彩超提示脾稍大。

入院诊断：腰椎间盘突出。



专业交流

给予平卧硬板床，减轻神经水肿，营养神经，牵引等治疗，症状无明显减轻。后主任查房系统回顾病例资料，阅片发现腰椎局部骨质密度不均，不像肿瘤，那是怎么来的？脾稍大提示什么？患者还这么年轻。后来主任问患者家里有没有养羊（当时自己还纳闷问这个干嘛），患者说曾经养过。后主任指示去传染病医院完善布氏杆菌抗体测定。结果回报阳性，最终明确诊断，布氏杆菌病导致腰椎骨质破坏导致腰椎间盘突出。后给予利福平、四环素等治疗，患者症状逐渐减轻。

总结：第一，临床辅助检查有异常的一定要认真分析，查找可能的原因，哪怕是轻度异常。本病历腰椎骨质密度不均及腹部彩超提示脾稍大都与布病有关。病史要反复详细搜寻，尤其是个人史。第二，不要局限思维，有限症状或疾病可能是某种疾病的并发症。

一例过敏发热患者的误诊

作者：scj2zxy

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2608683-1.html>

这次误诊是个低级的误诊，太大意了，不求奖励，只想借这个机会给没有遇到过的同仁们提个醒。

患者女性，57岁，体重60kg，汉族，农民。

患者住在卫生院边上，是打扫卫生的，平时总把她当长辈对待，不时的帮忙打扫什么的，所以比较熟。那天傍晚来诊。

主诉：周身乏力、发冷1小时余。

病史：诉1小时前做家务时，自感周身乏力、发冷，未作任何处置，症状逐渐加重。

既往史：既往有脑供血不足病史。

个人史及家族史无异常。

诊治过程：

当时患者精神差，面色苍白，口唇发干起皮。第一反应是患者得了重感冒。因手中有事，让护士测了一下体温：38.5℃。嘱其口服退热及抗感冒药物。因为患者说家

我为人人，人人为我

里有备用药，所以没有开。最后怕的一件事就是我嘱咐她回家熬点姜糖水喝，发发汗，门诊随诊。庆幸的是她老伴儿出远门干活了，没在家，她自己没有熬，吃完药就躺下了。（后来晓得误诊了，才追问到）。

第二天早晨，吃完早饭回来，在门口遇到她，问候了一句，患者道来：昨日午后，整理一条旧毛毯，开始出现浑身发痒症状，自行口服了息斯敏，瘙痒症状减轻，却逐渐出现了前述症状。来院诊治，因服用息斯敏后，一直犯困，所以回家后吃完药，就躺下睡了。晨起，身上依旧发痒，胳膊上都是抓痕，红的不明显。当卷起裤腿时，两只小腿，尤其整个小腿肚泛红。当时心里一惊，急忙告知她是过敏了，嘱其输液，予以地米+葡萄糖酸钙+维生素C静点。两日后痊愈。

误诊分析：1. 没有进行详细的询问病史、服药史，以及查体。本来是可以避免的。

2. 以前除了药物过敏，没有遇到过其他过敏发热的，所以第一反应，就贸然断定是重感冒，而且当时的确没有询问服药史，难辞其咎啊。给自己上了一课。

再次想起曾经老师多次重申的看病的四诊，无论中医的望闻问切，还是西医的望触叩听，必须逐一审查。对此次误诊真是汗颜！

【图文版】5分钟详细了解 专家眼中的慢阻肺治疗方案

作者：v大道至简

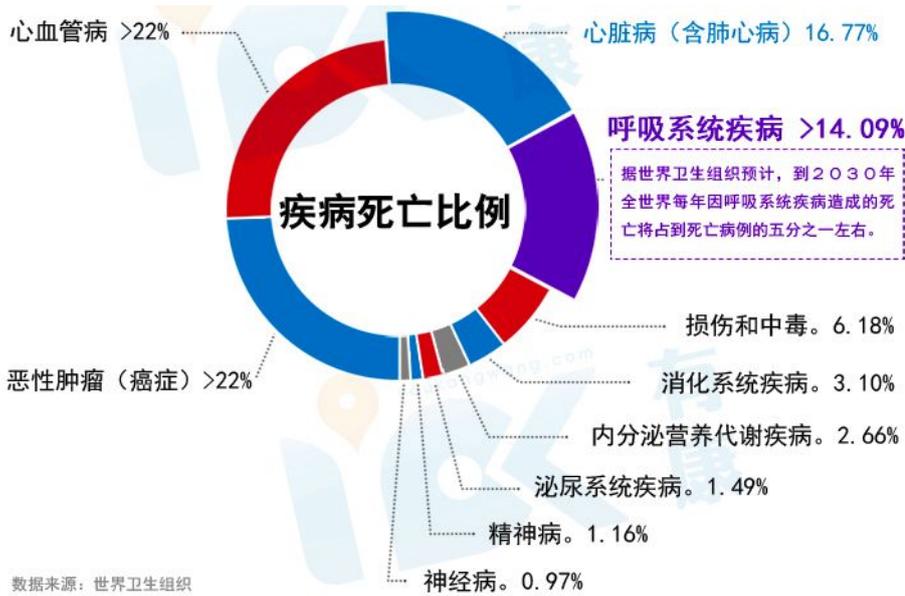
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2019499-4.html>

一、概述

提到慢阻肺大部分人是陌生的，毕竟对大多数人来说，这是一种老年病，其实不然，据统计，到2020年中国慢阻肺患者可达上亿人，而且呈年轻化发展趋势，因此对于任何人来说都不容小觑。而对于慢阻肺患者而言，听到这几个字就会不寒而栗，想想那无休止的咳、痰、喘、憋，活动受限，能做的只能是“望窗兴叹”，每日如此的反复犹如梦魇挥之不尽，痛苦之状无法言表。那么慢阻肺到底是怎样的一种疾病，如何才能控制，离我们到底有多远？今天小编整理了图文版，只需5分钟让您全面了解慢阻肺的真面目。

我为人人，人人为我

慢阻肺全球疾病死亡比例图表

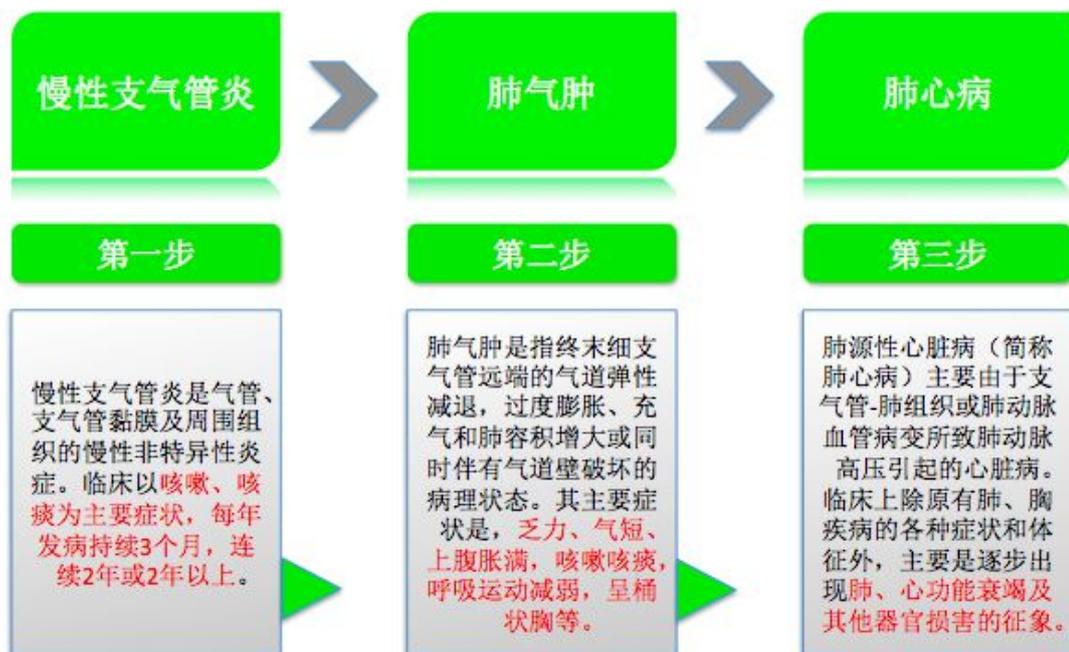


呼吸疾病是香港头号杀手，每死亡3.5人中，就有1人死于呼吸疾病——香港卫生署

二、从“慢阻肺衰变公式”谈起

慢阻肺医学上有种说法叫“进行性不可逆”，也就是说不及时加以控制和治疗会越来越严重，这种情况像极了核反应的“衰变定律”，因此我们把慢阻肺的这种发展方式叫“慢阻肺衰变公式”更加形象。

慢阻肺的三部曲，每加重一步风险就更大，你到了哪一步？



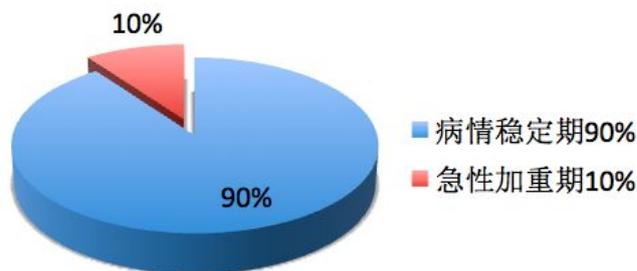
我为人人，人人为我

每个阶段发病时长不等，有时只需几个月就能发展到下个阶段，有时几年或十几年，疾病进展跟当地的环境、个体因素（如吸烟、抵抗力、生活习惯、锻炼情况、控制手段等）息息相关，因此无论到了哪一步都要采取积极的态度，用不同的方法进行治疗和控制在，什么时候采取措施效果更好呢？我们接下来看慢阻肺的发病规律。

三、原来如此，慢阻肺的反复发作规律

按照《慢阻肺诊治指南》的说法，慢阻肺分两种情况，一是急性加重期：受环境变化、感冒等因素影响，极易发作炎症，咳痰喘憋症状持续加重，特别是患者在秋冬季节，冷空气刺激呼吸道，很容易使病情反复，急性加重，这一阶段经过医生用药干预一般能快速恢复，虽然病程较短，但伤害最大。二是病情稳定期：这个阶段病情相对稳定，症状虽然有，但比较平稳，大部分患者常年处于这一阶段，但每年总有几次病情加重，稳定期治疗也同样不能忽视。慢阻肺各阶段病程占比如下图：

慢阻肺各阶段病程占比



根据上图可以看出，疾病加重期只占病程的 10%的时间，而稳定期占据疾病病程的 90%以上的时间，其实稳定期相对加重期抵抗力更好，更容易使身体得到恢复和控制。虽然稳定期病情平稳，但咳喘憋症状并没减轻，因缺少好的控制办法，患者无可奈何，任由病情发展，结果导致病情加重，迁延不愈！因此：稳定期治疗比疾病加重期更重要！

然而，令人遗憾的是：80% 的患者只会在疾病加重期才想起去医院，才会考虑治疗，而 96.2% 的医生不知道《诊治指南》相关内容，仅有 5.31% 的医生选择必要时予以通气支持，只有可怜的 2.65% 的医生选择康复治疗，虽然康复治疗已经被临床验证非常有效。

专业交流

所以提高患者的认识和对疾病的了解，比单纯地治疗方法更重要，而稳定期更重要的是通过综合手段控制病情，除了药物和医院干预外，呼吸疾病患者还要物理锻炼和配合一些医疗器械辅助治疗，效果更好。哪些才是患者常用的医疗产品，都能起到什么样的作用呢？接下来带大家认识慢阻肺常用的五大医疗器械。

四、慢阻肺患者必知的五种医疗器械

1、雾化器：

关键词：雾化、药物、激素类、上呼吸道、杀菌消炎。

类型：超声式、压缩式（推荐使用）。

原理：通过把药物压缩喷射成雾状细小颗粒，直接吸入上呼吸道和肺部，药物直接作用于患处，无痛苦、效果好，主要用于上呼吸道感染、咽喉炎、气管炎、哮喘等疾病。

2、排痰机：

关键词：军用急救、常规吸痰，气管切开，损伤呼吸道，交叉感染，15秒。

类型：手动式、电动式（推荐）。

原理：通过电力带动偏轮马达，产生吸力，把吸痰管通过口腔和鼻腔插入上呼吸道，吸出部分痰液，快速缓解上呼吸道痰堵问题，每次吸痰不能超过15秒，并每次消毒，以免损伤呼吸道。吸痰器还可以用于清理口腔和鼻腔异物用于战时急救、气管切开的吸痰操作，但是由于对气道有损伤，不宜于老年人或气道疾病的患者使用。

3、制氧机：

关键词：增加氧浓度、低氧血症、急救。

类型：化学制氧、物理制氧（压缩机+分之筛）（推荐）。

原理：通过压缩机吸入空气，再通过分之筛把氮气和氧气分离，氮气排出，氧气通过吸氧管输入人体，及时补充氧气，满足正常需求。制氧机其实就是单纯的增加氧浓度，保证机体的正常运行，现在更多的用于缺氧、呼吸困难、急救、呼吸类疾病引起的低氧血症等，属于救命用器械。

4、清肺仪：

关键词：排痰排气、无损伤、负压脉动、简单家用、疏通气道。

类型：负压脉动（强烈推荐）。

原理：清肺仪利用负压脉动振荡气流，通过鼻腔传到支气管和肺泡深部，在自主

我为人人，人人为我



呼吸和负压的引导下，将肺内过多的残气排出体外，减少二氧化碳滞留，有效改善肺部微循环。同时负压和脉动波可加速气管纤毛摆动，震松痰液，使痰液产生附壁爬升效应，实现自我排痰、控制炎症，从而达到预防和治疗慢阻肺、哮喘、急慢性支气管炎等呼吸疾病的目的。现代医学理论认为：排痰能消炎，排气能增氧，呼的出才能吸的好。使用清肺仪能够加速排痰通气，使堵塞的痰液能够及时排出来，因此清肺仪给呼吸系统营造了清洁的呼吸环境，为肺功能的可持续恢复创造了环境和时间机会。

5、呼吸机：

关键词：救命、维持、肺功能减退、辅助呼吸。

类型：单水平、双水平（推荐）。

原理：通过正负压，改善患者呼吸状况，通过补偿和代替肺的作用，先向内输入空气，再向外抽出残气，代替人的正常呼吸，保证患者生命，用呼吸机通常都是无奈之举，救命用，慢阻肺患者后期，如出现心衰呼衰的必备仪器。

五、小编推荐两种日常治疗方案

1、急性加重期：主要是医院治疗：医生干预+药物+制氧机+呼吸机等。

2、病情稳定期：主要是家庭治疗：药物+清肺仪（常用）+制氧机（缺氧时用）+适当锻炼+戒烟+营养保证。

六、总结

慢阻肺正在悄悄的向我们逼近，每个人都应该高度重视，保护环境、戒烟、有氧运动一个都不能少。慢阻肺虽然可怕，但是随着医疗技术的不断提高会有越来越多的治疗方法不断问世。可喜的是以钟南山院士为代表的呼吸疾病专家结合全球防治现状，提出了运用综合的治疗手段慢阻肺是可防可治的先进理念，打破了“进行性不可逆的”医学定论，为慢阻肺患者的康复带来了新的希望！

如何增加小儿头皮静脉穿刺的成功率

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2699466-1.html>

接触小儿头皮静脉穿刺大概有 5 个月多了，渐渐的由不懂到敢下手，由失败频繁，

专业交流

到成功。由紧张到放松再到淡定，需要实践中磨练出来，慢慢的总结经验。

小儿头皮静脉不同于大人，也不同于儿童。小儿的头皮静脉首先手感上不一样，摸起来是小小的沟，有脱水的就摸起来沟很不明显。选择血管前，需要做的有：

1、液体瓶位置的摆放。平时成人输液时，教材上操作是必须挂在输液架上，而为小儿输液前液体瓶不能挂高处，相反要低于小儿头部位置，这样减少对小儿静脉的压力，有利于回血快。

2、输液器的阀门开关。不要紧贴输液器的头皮针衔接处，要把输液器开关卡在距离头皮针衔接处至少 20cm，有利于回血。

3、选择血管。如果选择的血管直且相对粗点，4.5 号的针头短，在进针时，针尖入皮后一定缓慢进针，因为小儿头皮针细回血慢，进针快的话影响判断，缓慢进针同时需要助手帮忙打开输液器开关，如果感觉在血管内，却还是没回血，这时候停止进针，轻轻挤压小儿头皮针的细管，如在血管内，就会看到缓慢回血。粗直的血管，要回血后稍微再进针一点，这样不会因为血管粗，针头短，小儿一哭，针尖会滑出血管。比较细的毛细血管的话，进针后且不可再动。我平时为小儿头皮针穿刺，就经常失败在这方面，因为我为成人静脉穿刺 10 多年了，忽然调到注射室，为小儿头皮静脉穿刺，忽然接触小儿头皮针，手感，和进针各方面不适应，不自主的进针就快，见不回血就心急。在进行小儿头皮针操作时候一定保持情绪稳定。

4、遇到脱水的患儿，就更加小心。且不可轻视，因为脱水患儿的血管过于脆，经常感觉很小心了，却依然鼓针，回血时间还比正常的慢很多，甚至不回血，严重影响穿刺手感。这时候需要助手用注射器抽取 10 毫升生理盐水或者等糖液，衔接在头皮针处，操作者进针后，助手要轻轻的回抽注射器，不可用力过大，会把血管抽瘪，也会影响判断。回血后由助手慢慢推入液体，以免因为小儿哭闹憋气回血部分血凝固在针头部，从而降低了成功率。

5、静脉穿刺成功后，固定特别重要，“三分靠穿刺，七分靠固定”，不要小看固定。初学者很多都是因为不会固定，双手配合不好，造成失败。因此，固定要牢固，循血管走向而固定。

这是在注射室 5 个月以来，积攒的小经验，注意这些应该对大家会有帮助。



心电图有奖读图第 52 期

作者: trg

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-2703010-1.html>

活动内容: 心电图图例的判读与分析。

活动办法: 由心电图版提供一份图例, 发表在本期爱爱医杂志上, 请广大爱爱医会员根据提示, 在心电图版有奖读图主题帖中加密回复, 便于评比。每月底由心电图版主们和风影、乐园超版(或邀请若干专业组老师), 共同评选出三个奖项, 在心电图版公布参考答案及获奖名单, 并将结果公布在下一期爱爱医杂志上。(会员分析结果以参考答案的接近性和完整性以及回答问题的先后顺序为评选标准)。

奖项设置:

一等奖: 奖励积分 2 个及爱医币 50 币。

二等奖: 奖励积分 1 个及爱医币 30 币。

三等奖: 奖励积分 1 个。

注: 读图抢答过程中, 为了公平起见, 应大家要求, 请大家在回复心电图时, 给回帖进行加密 500 积分, 谢谢! 我们斑竹于下月的 1 日解密, 供大家参考。

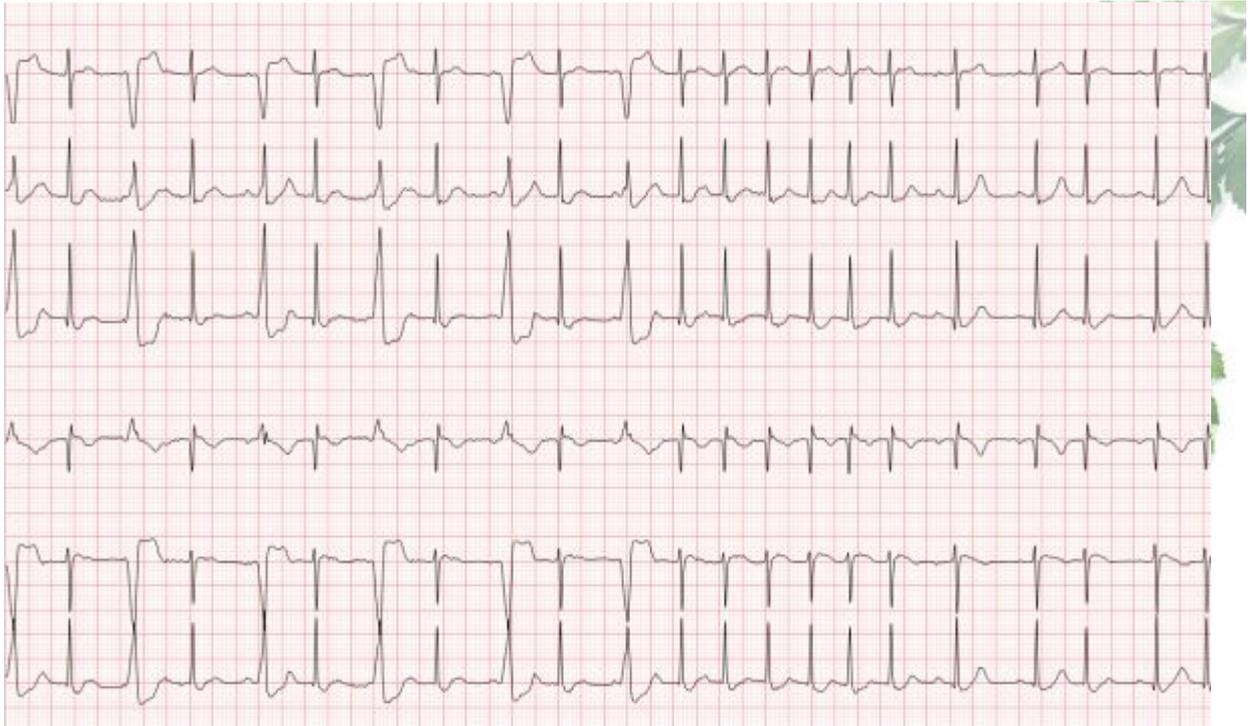
希望大家分析心电图时, 尽量从以下四项分析。

- 1、【心电图诊断】
- 2、【心电图诊断依据】
- 3、【鉴别诊断】
- 4、【临床意义】

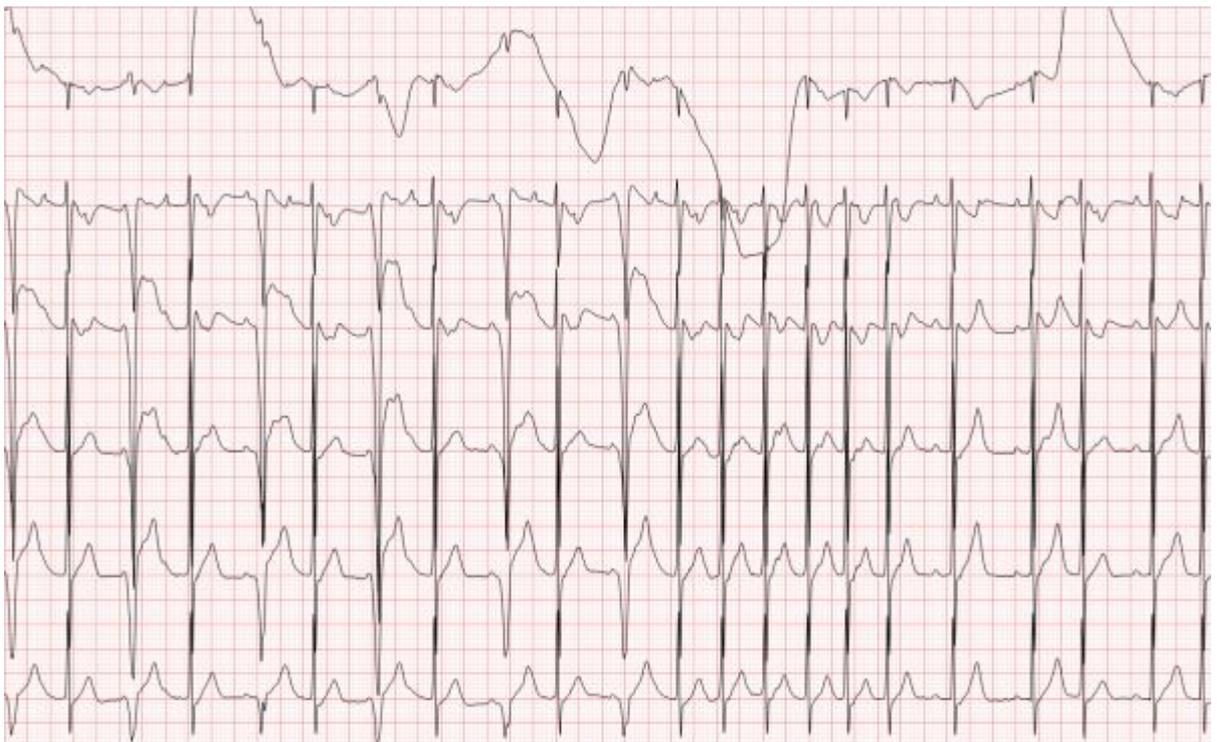
患者男性, 8 岁。

参与讨论的老师最好画出梯形图, 有鲜花鼓励。

I-avF



V1-V6



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫



我为人人，人人为我



第二部分——中医部分

我的读书笔记部分内容选录（二）

作者：仲景传人

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2629734-1.html>

读书笔记抄录之七：张梦依《临证会要》——（自按：书中详列多则治癌的医案，尤其收录了白鹅血的民间疗法）

胃癌病例：

邵某，女，46岁，1968年8月初诊。患者胃病十余年，经常食欲不振、精神疲乏、食后胀闷、暖气甚则呕逆。自觉胃中有块，逐渐增大。7月份胃脘痛、呕血、剧痛难忍到当地医院急腹症处理无效，转汉口医院。内外科会诊疑为穿孔或梗阻。剖腹探查发现：胃小弯近窦部癌穿孔、已有小网膜粘连覆盖，大网膜近横结肠肝侧有质硬肿块，为肿瘤转移病变。胃后部与胰腺粘连成硬块状一片，无法切除。只能将充血之阑尾切除，网膜孔处引流，缝合结扎关闭腹壁。据此会诊，已胃癌晚期转移，病情危重。术后胃脘部阵发剧痛，日夜不止，惟以各种镇痛剂维持。二十余日后出院来我处就诊。

自述终日疼痛难过，后事已备，不求病愈只求减轻痛苦。危重病容，因痛而呻吟不绝。脉象濡缓、苔白润。神倦纳差。腹部切口上起剑突，下至小腹。胃脘中肿块明显高突，约如婴儿头，手不可近。

治疗：初拟方——代赭石粉 15g，海藻 15g，旋复花 10g（包），煨三棱 10g，煨莪术 10g，夏枯草 60g，赤芍 10g，炙鳖甲 15g，白茅根 30g，白花蛇舌草 120g。

用法：加水六磅熬至两磅（根据国际度量换算标准，1磅=453.6克），滤去渣，再加入蜂蜜 60g 入药汁，分二日或三日量，十次服完。连服用一月后，再来复诊。

另用单方：白鹅一只，杀鹅取血，乘热内服，5~7日服用一次。

一月后复诊，病减大半，肿块渐平，饮食增加，精神佳，能扶杖行走。唯口中发

专业交流

酸。嘱原方加用盐水炒陈皮 10g，再服一月，白鹅血单方照用。随访至 1970 年未再复发。

读书笔记抄录之八：

《伤寒今释》——

陆渊雷的《伤寒、金匮今释》系列，广采日本实用伤寒学派的见解与医案，并结合自己的实验和医案来阐释条文，抛弃阴阳五行生克运气之繁杂，由实验入手，以实用为主。并试图引用现代医学来佐证其中的医理。很多疑难问题都有所发明阐发，据称当时此书出版后影响巨大。

1、所谓“桂枝汤不可与酒客，以酒客不喜甘故也，得之则呕”

陆渊雷试验，试用与酒客，默思仲景之言，不喜甘，则去甘味药如甘草、大枣，加用葛花、枳椇子，效。后又实验予以桂枝汤原方，亦效者。所以认为不能一概而论。

（按：从该条文的语气来看，笔者认为此条文是后世所加，仲景当年书中应没有此条文）。

2、“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”

汤本云：余多年研究知项背强几几，谓自腰部，沿脊柱两侧上至后头结节，其肌肉强直性痉挛也。故病者若诉肩凝，或诉腰背部拘挛痛时，可以用指头沿上述肌肉之横径强压按之。倘若触知凝结挛急，同时病者诉疼痛者，即可断为项背强几几，百无一失。然此证存在，患者有不自觉者，亦可有自觉者，当详细问诊、触诊、脉证决之。陆氏云（讨论桂枝之用）：余曾尝试荆芥、防风、羌活、独活、苏叶、薄荷等药皆不如桂枝之效速而稳，豆卷、豆豉更不论矣。

读书笔记抄录之九：

《百年百名中医临床家——胡天雄》

医案抄录：肝阳亢逆案

某女，初起头痛口渴腹痛，未几，忽然壮热，手足动摇，神志不清，舌赤，苔黄腻，脉象弦数异常。欲察舌，舌却伸缩不止，此乃肝阳亢逆之证？有化风化火趋势。急予风引汤去干姜，加用龙胆、钩藤二贴愈。

风引汤降低颅内压。（读书笔记详细抄录，限于篇幅，在此省略）

读书笔记抄录之十：

大塚敬节《汉方诊疗三十年》

我为人人，人人为我

大塚敬节是汤本求真弟子，以古方派为基础，又兼容后世派、折中派等观点，经方为主，兼用后世他方。

桂枝加龙牡汤：主诉头痛、头面烘热感、足冷、耳鸣患者案例。

某十三岁男孩，近来变得事事操心，自觉头重、头面烘热、足冷、耳鸣。其母观察认为有早熟迹象。

投以桂枝加龙牡汤，服药八周，后稳定下来。

开始想投以三黄泻心汤，但是有早熟、足冷迹象，用桂枝加龙牡汤。

另一例，同效（略抄）。

精力减退 52 岁男子案例：

自诉精力不佳的 52 岁男子，血色不佳，高个偏瘦，自诉近来极其疲惫，精力减退，性欲无。

腹诊：全腹部紧张，缺乏弹力。下腹部好像越往下越薄之感，失去厚度感。

先用肾气丸，然一月无效。再次腹诊，触摸到脐旁皮下有一个约二厘米的如铅笔芯样的硬物。这样的腹证，有时见于桂枝加龙牡汤证。于是改用桂枝加龙牡汤，十天好转，两月后痊愈。

（自按：下部《汉方百话》有详细抄录，所谓腹诊“铅笔芯样硬物”的介绍，据云，首出大塚敬节氏）

麻黄汤——

一例感冒辄鼻塞不通的少年，平素患慢性鼻炎。另有头痛、恶寒、脉浮而有力，予以麻黄汤，数十分钟后即鼻塞畅通，感冒三天即痊愈。

体健之人感冒，易成麻黄汤证。虚弱人或小儿，服用麻黄汤，有时可导致发汗过度、倦怠无力、虚脱等。有人服用麻黄汤、葛根汤后会失眠，原因在麻黄。有时可见食欲下降。发热用麻黄汤，有时可见发汗热退，也有尿量增而热退。

读书笔记抄录之十一：

《马云翔医学学术经验选编》——

1、龙马自来丹

木鳖子：有二种，据南京药学院《药材学》（60 年代人卫出版）的考订。一种是土木鳖，商品名壳木鳖，形扁，边缘有 5-6 个突出，形体似鳖，蔓生多年生草本的种子，属于葫芦科，有壳无毛；一种是番木鳖，形体扁，边缘无突起，无壳，有种皮，

专业交流

并由晏伏的丝光毛茸。中有小突起，亦名马钱子。龙马自来丹所用者应是马钱子。

两种木鳖子历来常常混淆，药肆中常用番木鳖为壳木鳖，写马钱子方能给番木鳖者。土木鳖性温无毒，番木鳖性热（李时珍以为性寒，有误），有大毒。

木鳖子史载《开宝本草》；番木鳖史载《本草纲目》，且李时珍也错误混淆。

2、胆石症：

B超可以发现大部分的患者，但也不是百分百。因为结石的性质以及气体的掩盖等等，有时需要胆囊造影和CT检查。

治疗：融合结石的排出、溶解、碎石之法——（限于篇幅，方药略）。

关于脂肪餐的问题：

现在一般主张结石患者禁食蛋黄、肥肉等脂肪型食物。目的是担心进食脂肪后胆囊收缩，排放胆汁时结石也外出，阻塞胆管引发绞痛，但是作者认为这是消极的防御方法，无助于治疗，而且还能助长结石及胆囊的萎缩。因为：禁食脂肪，胆汁直接排入肠内，加速肝肠循环，抑制胆汁酸的合成，使得胆汁池缩小，胆固醇沉淀，最终结石反而易形成。而且，胆囊长期不能排泄胆汁来消化脂肪，容易造成胆囊的萎缩。所以，作者认为不能让患者长期禁食脂肪；至于容易引起绞痛的问题，应当食前用药来解除胆管的痉挛（及病变），这才是积极的治疗措施。

读书笔记抄录之十二：

《百年百名中医系列之——魏龙骧》

魏龙骧，建国前后名医，推崇《伤寒》等经典经方，建国后参加政府行政工作，主管中医方面，并承担国家领导人的保健工作等。

1、桑叶止夜汗、白术通便……（略抄）

2、百合滑石代赭石汤疗溺后眩（晕）厥

其门人谓某患者年四旬以上，病患小便后眩厥，用补益、升提法皆不效。

魏老则翻阅《金匱》“百合病”条文下有云：“其人头痛，小便后晰然，头眩者，百合滑石代赭石汤。”溺后晕厥，即是小便后当站立或者抬头，则突然头部眩晕一片空白身体失去控制猛然栽倒，随即又清醒。“厥者，阴阳气不相顺接也”。仲景在《金匱》百合病中也没有明确记载。仲景叙述了“每溺时头痛……若溺时头不痛，晰然者”、“若溺快然，但头眩者”，而溺后晕厥用百合滑石代赭石汤，是魏老的进一步的发挥，后（其门人）凡遇到此类患者，予此方2付，药物仅三味而皆能获效，是成枕中之秘也。

我为人人，人人为我

针刺放血为主治疗虹膜炎

作者：砭艾

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2690473-1.html>

虹膜炎是以眼睛发红、不适或痛疼为初始表现，急性发作者起病即有畏光、流泪、睫状区痛疼拒按、甚至眉棱骨痛疼、视物模糊的一种很常见的眼睛疾病。可在任何年龄发生，以年轻人群最多。如果急性期不能及时有效治疗的话会因发炎区的微小白色细胞及眼内小血管漏出的过多蛋白质，飘浮在虹膜与角膜间的房水中阻塞了房水排出眼外的通道；或发炎的虹膜后面贴住晶状体的前面，将房水困在虹膜后面而引发急性青光眼。长期久治不愈还能引发白内障。更为严重者可导致视力下降、失明。

虹膜炎当属于中医学的“瞳神紧小”、“瞳神干缺”的范畴。早在《秘传眼科龙木论》中就有“瞳神干缺”的记载，《证治准绳·杂病·七窍门》以“瞳神紧小”的发病特征命名，并作了“瞳神紧小……强者盛而有力也，实者坚而内充也，故有力者强而欲转，内充者实而自收。足以阴阳无两强亦无两实，惟强与实以偏则病，内转于身，上见于虚窍也。足少阴肾为水，肾之精上为神水，手厥阴心包络为相火，火强转水，水实而自收，其病神水紧小，渐小而又小，积渐至如菜子许……”比较全面的论述。

《银海精微·瞳人干缺》言：“劳伤于肝，故金井不圆，上下东西如锯齿，偏缺参差。久则渐渐细小，视物蒙蒙，难辨人物，相牵俱损。治法宜泻肝补肾之剂。”就其病因而言，中医学认为多与外感风湿，郁久化热；或素体阳盛，内蕴热邪，复感风湿致风湿与热搏结于内；或劳伤肝肾或病久伤阴，虚火上炎；或肝经风热或肝胆火邪上攻于目有直接的关系。

穴取耳尖、太阳、太冲、涌泉。1. 令患者取舒适体位，医者戴一次性医用橡胶手套于患者耳尖、太阳穴处揉搓至局部发红、发热，常规碘伏消毒后将耳轮自然向耳屏对折，用一次性采血针（一次性注射器针头或小号三棱针均可）在耳尖穴直刺约2毫米深，接着医者采取双手拇指一捏一放，同时用95%的酒精擦拭点刺处（便于血液的顺利外泄）以见血色由黑紫变为淡红为度，按压止血并碘伏消毒。2. 术者左手拇、食二指放于太阳穴部并自然向两旁撑开至此处局部皮肤绷紧，右手持一次性采血针（一次性注射器针头或小号三棱针均可）在太阳穴处（如局部有暴怒、深色浅表静脉可以直接点刺令其自然出血至血色变为淡红）快速、准确、垂直点刺，医者双手拇食

专业交流

指一捏一放，同时用 95% 的酒精搽拭点刺处（便于血液的顺利外泄）以见血色由黑紫变为淡红为度，按压止血并碘伏消毒。3. 毫针针尖对准涌泉穴方向刺太冲 1 寸，施以提插泻法，留针 10 分钟后再向涌泉穴透刺，并施以捻转补法，留针 30 分钟，其中隔 10 分钟加强手法一次，起针时摇大针眼并由太冲穴处挤出 3-5 点鲜血。此法，前三天每天一次，以后隔天一次直至痊愈。

方中耳尖穴又名耳涌，是经外奇穴，位于耳向前对折的上部尖端处，此处放血可以清热解毒、凉血消肿、祛瘀生新。太阳穴为经外奇穴，位于头部侧面，眉梢和外眼角中间向后一横指凹陷处，点刺放血后可以宣泄患部郁热，通络明目，泻热消肿定痛。太冲穴为足厥阴肝经俞土穴，有泄肝火，清头目，行气血，化湿热的功效。涌泉穴为足少阴肾经井木穴，可滋肾清热，除烦宁神，开窍救逆。太冲透涌泉具有滋阴潜阳，壮水制火之功效，二穴透刺清肝火，滋补肾阴，肝肾同调。点刺放血（太冲穴起针时摇大针眼并有意挤出几滴鲜血，旨在使“邪”随血外出有路），能使瘀血祛、心血充、脉络和，达到《审视瑶函·目为至宝论》所言：“血养水，水养膏，膏护瞳神……夫目之有血为养血之源，充和则有发生长养之功，而且少病，少有亏滞目疾生矣。”

高热不退（寒盛格阳）

作者：医林识贝

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2644519-1.html>

例 1：我同学小孩，3 岁半，男，体型一般。6 月 4 日，同学电话说孩子肚子胀，还有点发热。也没有说太细，我给出一小方：黑白丑各 10g 炒香研末分服。次日早我打电话问情况，同学说住院了，高热 39℃，吓我一跳，急忙奔医院而去。

见到时孩子在输液，仔细一问，已经住院三天了。问我要方之前两天夜间有过高热 39.5℃，打了退热针就降下来，大约两小时再起（也就是药劲过了就再热），起了再打。我的小方也吃了，拉了两次，体温有下降，但还发热。拍片、化验检查结果没有问题。医生没有一个确切说法。诊脉弦细略沉，孩子睡觉了，未看舌苔。我看了每日用药的清单：头孢加地米。沉思良久：孩子无头痛、鼻塞、流涕、吐痰表现，不像外感；纳食一般，但肚子不胀，不像内伤饮食。从脉象分析，像内里受寒。久思不解，

我为人人，人人为我



乃追问：孩子前几天吃啥了？一开始同学说正常吃饭，后其妻说5月31日那天下午吃了三根老冰棍，“六一”表演节目，穿的少，天又稍冷，6月2日晚起发热，已花了三千元了。

病因已明，我说把孩子弄醒我再看看舌苔。淡白舌，苔白水滑。

治法：宜温里散寒，宽中散结。

先针中脘、关元、天枢，补法。针入即出，不留针。一次。

处方：白寇、砂仁、厚朴、半夏、香薷、党参、云苓、沉香、白扁豆、苏叶、鳖甲、甘草、煨姜，一副。

当天下午喝药，晚十点打电话问，没有再热。第二日早八点问，一夜安睡，体温不高。又至晚未再发热。我嘱咐他再喝一副药巩固一下。两幅药费不到三十元。

例2：十天前，家姐一同事小孩，六个月大，无名高热一个多月后伴腹泻。第一次发热39℃度，抽搐。到济南齐鲁医院住了十余天，考虑脑炎治疗未见效后回来。某医生考虑湿温，处三仁汤和葛根芩连汤加味。已不腹泻，但还发热来诊。见宝宝挺白净，胖嘟嘟，吃奶还行（母乳）。头热，但无咳嗽、流涕等外感表现，三关未见异常。舌苔稍黄厚。其母说孩子烧后就吃退烧药，现在四肢都是凉的。思之：若果湿温，三仁汤当见效，今不效，证明辨证有误。吾诊为内受寒，反其道而行之，以温中法一试。

治法：先针中脘、关元、天枢，平补平泻。针入即出，不留针。一次。

处方：上方（见例1），药量减少一半。

第二天中午电话追访，当夜安睡。一月多来从未如此睡的香甜。汤剂昨日未抓全，早晨抓齐，喝后体温稍有上升，至午下降。体温恢复正常。

按：此两案均乃寒格于内，逼阳外越，治法当温其里，则浮阳回其位，体温自回。

土郎中手记（二）

作者：民间土郎中

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2701962-1.html>

中医之道，莫过于纠偏调平，使人与自然和谐，也就是所谓的阴阳平衡，天人相

专业交流

应。脉之搏动全赖气血，如果脉之搏动异常，则可窥病在何处，是何缘故导致身体出现疾病。

1. 脉药对应

某女，25岁，崩。脉见双尺虚弱，右寸低。

曾服用中药调理过两个月，血止。停药一个月后，经来仍不去一月余，面色苍白，头晕乏力。

给予：党参 12g，枸杞 12g，熟地 15g，升麻 3g，三剂。服后复诊，血止。脉诊右寸起，双尺较前有力，仍显不足。给予党参 12g，枸杞 10g，熟地 6g，五剂。复诊，仅左尺略弱。给予针刺十七椎，温针灸。脉平，随访 5 个月无复发。

以上病例从脉象上看，为下焦虚弱，冲任不能升提。药用党参，枸杞温补双尺，熟地补脉之虚细。升麻升提任脉上部不足，即升提右寸之脉。药脉相对，则可如汤泼雪。当然用药毫无章法，即无君臣佐使，也无药性勾陈，可能会引起一些争论，请同道批评斧正。

2. 脉穴对应

某女，65岁，感冒。脉见左寸低，左关浮盛有力。

患者汗出，发热，头身痛，咳嗽，咽痛，泡沫痰。

给予针风府、大椎，针向左侧。五分钟后头汗如雨，热退身痛止。第二日复诊，脉象平和，仅余痰多。给予半夏 3g，炙甘草 3g，冲泡代茶饮。

某男，35岁，咳嗽。脉见右关沉涩无力，左尺弱。

患者叙述，感冒已七八天，仅余咽痒咳嗽，夜晚咳不能眠。切按右天枢下有痞块且痛，针右天枢以烧山火。患者立刻感觉咽喉一股气下降到腹部，感觉咽部清凉不再有痒堵感。五分钟后切脉右关平，随后针命门穴，进针一寸，患者感觉腹内舒适如火。第二日复诊，一夜未咳，脉象平稳，停止治疗。

以上病例，第一例督脉气郁在上，随针风府，大椎。以其任督周流，则病邪自出。第二例为身体右侧中部虚瘀交错，取天枢乃脉穴相应。左尺不足为督脉下部虚，取命门补而通之，也是脉穴相应。脉穴相应，病去速效，优于临床经验取穴，不足之处望同道批评斧正。



怎样使用酸枣仁汤效果好？

作者：陈小东医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2587105-1.html>

酸枣仁汤是我们在临床上使用比较多的方子，但效果呢？是全都有效吗？这汤中酸枣仁该如何煎效果好？为此我查找了很多资料，总结了几点，反复使用，收效明显。我认为使用该方应注意以下几点：

1. 辨证治疗：“虚劳，虚烦不得眠”，适用于形体消瘦，皮肤干燥，气血不足的病人；
2. 年龄以中老年病人居多；
3. 伴有情绪不稳定，容易激动或是抑郁的病人；
4. 注意酸枣仁用量，一日剂量不少于 30g，同时注意要先煎半小时以上；必要时可打成粉分次口服。
5. 有时为了临床效果，需要辨证加减或是合方使用。

拨筋按摩法及伤筋

作者：胡凡人

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1996554-1.html>

拨筋按摩是中医的理筋手法之一，方法很简单，就是把有异响、出槽的伤筋拨回原位，其手法特点就是和伤筋成垂直方向的回拨。如果方法不当，很多是不会回去的，即使回去，一下子又会弹跳开的。

筋移位后，因患者身体状况，其影响很快就会沿着经络和肌肉走向成点、线、面而弥漫开。人体结构是错综复杂的，新旧伤互为因果，互为影响，牵涉无数的点、线、面，要完全把它拨乱反正确实不易。

古今医者各凭经验，都能把伤筋所引发出来的疼痛治疗好。如果没伤害其肉体组

专业交流

织结构，以后还是有机会恢复，但如果结构一旦被破坏，则原来问题只是稍解决，又迁延出另一个问题，就这样重重叠叠，比如肌肉松弛，肌腱肿瘤等的手术后，疼痛就很难被彻底解决。

治愈的根本方法，理论上讲，就是把那伤筋拨回原来的位置，则因筋出槽所产生的问题就会随之消失；筋不归位，即使用任何的方法，包括，吃药、针灸、气功等等，只是把那发炎之部分因素解除掉，那移位的筋，过一阵子还是会因病人的状况，而引发疼痛症状。

筋归位，又分自动及被动两种方式。自动的就是用上述的方法治疗，即把经络弄通后，经由人体的运动，而使筋归位，那归位的感觉，能听到有一清脆的小响声；被动则靠是患者自己或医者的推拿了。要完全治好伤筋之方法，笔者的经验，并不是难事，那须靠医者手的触诊，靠手指的敏感度，很细心的找出伤筋的病根处，再找出受伤的角度、方向而逐条拨开伤筋。如没全拨开，则疼痛是不可能除掉。这是一个很繁琐的工作，和目前所有医生的方法是不同，无法快速解决疼痛，但这是能达到最根本的治疗的，无耐心及爱心的医者是不能胜任的。

有心人仔细去推敲笔者上面及以后所述的说明，定会领悟而提升医病的技巧。

笔者没接受过正统的医学教育，全是自己学习及很久以来的临床医病的经验，有很多名词，和大家知道的有差异，不正确处，希望大家多多指正。我自知这些方法是古老的中医早就有的手艺，只是现在已失传了；且现在有些医者太急功好利，一切求快速，而忘了医者应有的最基本的态度。要医治那些头、肩、颈、腰、腿的病痛，真不是很困难，可惜大多数人走错了方向。

编辑：宇宙旋风、砭艾、万里云天、xiwang001han



我为人人，人人为我

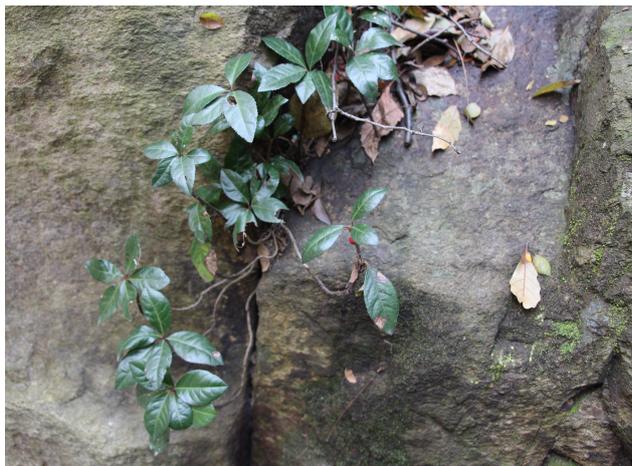
第三部分——识草药

紫金牛

别名：平地木、矮地茶、短脚三郎、老勿大、矮爪。

来源：紫金牛科植物紫金牛的全株，分布于陕西及长江流域以南除海南岛外各省区，朝鲜，日本均有分布。

形态：亚灌木，近蔓生，具有匍匐根；直立茎长达 30 厘米，不分枝。叶对生，叶片近革质，椭圆形，顶端急尖，



基部楔形，长 4~7 厘米，宽 1.5~4 厘米，边缘具细锯齿，多少具腺点，侧脉 5~8 对，细脉网状；叶柄长 6~10 毫米。亚伞形花序，腋生或生于近茎顶端的叶腋，总梗长约 5 毫米，有花 3~5 朵；花梗长 7~10 毫米，常下弯；花长 4~5 毫米，有时 6 数，花萼基部连合，萼片卵形，顶端急尖，长约 1.5 毫米或略短；花瓣粉红色，广卵形，长 4~5 毫米，具密腺点；雄蕊较花瓣略短，花药披针状卵形，背部具腺点；雌蕊与花瓣等长，子房卵珠形；胚珠 15 枚，3 轮。果球形，直径 5~6 毫米，鲜红色转黑色，多少具腺点。花期 5~6 月，果期 11~12 月，有时 5~6 月仍有果。

栽培：紫金牛习见于海拔约 1200 米以下的山间林下或竹林下，荫湿的地方冬暖夏凉、湿润多雾、半阴半阳的地方宜选疏松肥沃、湿润、日照不强的林地、果园下种植，选择富含腐殖质、排水良好的土壤。

性味功能：味苦、平；性寒。镇咳祛痰、活血利尿。

用途：治慢性气管炎，肺结核咳嗽咯血，吐血，脱力劳伤，筋骨酸痛，肝炎，急慢性肾炎，高血压，疝气，肿毒等。

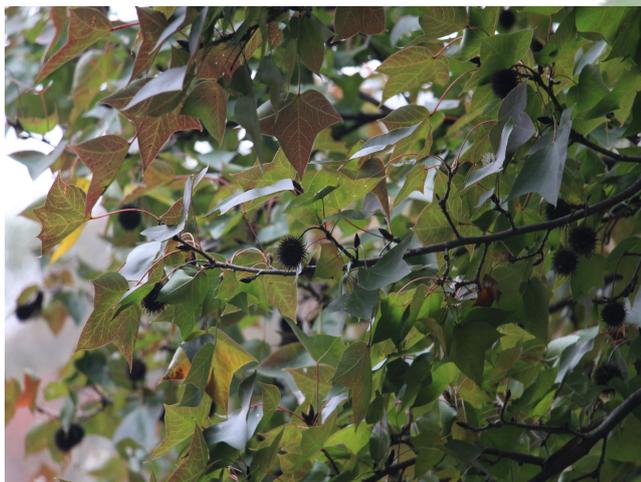
用法用量：内服 15~20 克。

经验鉴别：本品根茎呈圆柱形，疏生须根，表面红棕色，有细纵纹、叶痕及节；质硬，易折断。

路路通

别名：枫香树、九孔子、枫香果、狼目。

来源：金缕梅科植物枫香树的干燥果实，产于我国秦岭及淮河以南各省，北起河南、山东，东至台湾，西至四川、云南及西藏，南至广东；越南北部，老挝及朝鲜南部也有分布。



形态：落叶乔木，高达 30 米，胸径最大可达 1 米，树皮灰褐色，方块状剥落；小枝干后灰色，被柔毛，略有皮孔；芽体卵形，长约 1 厘米，略被微毛，鳞状苞片敷有树脂，干后棕黑色，有光泽。叶薄革质，阔卵形，掌状 3 裂，中央裂片较长，先端尾状渐尖；两侧裂片平展；基部心形；上面绿色，干后灰绿色，不发亮；下面有短柔毛，或变秃净仅在脉腋间有毛；掌状脉 3~5 条，在上下两面均显著，网脉明显可见；边缘有锯齿，齿尖有腺状突；叶柄长达 11 厘米；托叶线形，游离，或略与叶柄连生，长 1~1.4 厘米，红褐色，被毛，早落。雄性短穗状花序常多个排成总状，雄蕊多数，花丝不等长，花药比花丝略短。雌性头状花序有花 24~43 朵，花序柄长 3~6 厘米，偶有皮孔，无腺体；萼齿 4~7 个，针形，长 4~8 毫米，子房下半部藏在头状花序轴内，上半部游离，有柔毛，花柱长 6~10 毫米，先端常卷曲。头状果序圆球形，木质，直径 3~4 厘米；蒴果下半部藏于花序轴内，有宿存花柱及针刺状萼齿。种子多数，褐色，多角形或有窄翅。

栽培：性喜阳光，多生于平地，村落附近，及低山的次生林。在海南岛常组成次生林的优势种，性耐火烧，萌生力极强。

性味功能：味苦；性平。祛风活络、利水通经。

用途：用于关节痹痛，麻木痉挛，水肿胀满，乳少，经闭等症。

用法用量：内服 5~10 克。

经验鉴别：果实圆球形，表面灰棕色或棕褐色，表面布满小钝刺，蒴果顶部开裂，呈蜂窝状小孔，体轻，质硬。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑
我为人人，人人为我

心绞痛出院 10 天后发生心梗 1 例

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2688228-1.html>

● 病例摘要:

基本资料:

女性, 84 岁, 城镇居民。

主诉:

反复胸闷、气短、心前区疼痛不适 5 年, 加重 4 天

现病史:

患者于 5 年前在走急路或者情绪激动时出现胸闷、气短、心前区闷痛不适等症状, 位于胸骨后, 范围“拳头”大小。发作时可持续 5~7 分钟, 向左侧肩背部放射, 休息或舌下含服硝酸甘油后缓解。曾多次在我院门诊及住院部做心电图检查, 提示心肌缺血改变。结合临床诊断为: “冠心病、心绞痛”。2 个月前因上述症状再发, 住院治疗好转至今。一直自行口服欣康胶囊及厄贝沙坦胶囊维持治疗。4 天前受凉后上述症状再发, 平均每日可发作 1~2 次, 伴汗出、心悸, 头晕, 恶心未吐。有时向肩背部放射, 时间约 5~7 分钟, 舌下含服硝酸甘油后可逐渐缓解。今晨起发作程度加重, 发作频繁, 自服上述药物效果不明显, 为求进一步治疗来院。发病以来无咳嗽、无咯粉红色泡沫痰, 无夜间憋醒。饮食、睡眠、二便可。

既往史:

血压增高病史 10 年, 最高血压达 180/90mmHg, 平时口服降压药有效, 偶测血压 140/90mmHg。

体格检查:

脉搏: 70 次/分; 血压: 130/80mmHg。发育正常, 营养中等, 神清语明, 问答合理, 自主体位, 步入病房, 查体合作。皮肤及黏膜无苍白, 浅表淋巴结未触及肿大。颅形正。眼球活动自如, 无视野缺损, 无复视, 无眼震。双瞳孔等大正圆, 直径约 3.0mm, 光反射灵敏。额纹及鼻唇沟对称。伸舌居中。颈软, 无抵抗。双肺叩诊清音, 呼吸音清, 未闻及干、湿啰音。心前区无隆起, 触诊无震颤, 心率 70 次/分, 心律整齐, 各

病例讨论

瓣膜未闻及病理性杂音。腹部平软，无胃肠型及蠕动波，无肌紧张，无压痛及反跳痛。各关节活动自如，双下肢无水肿，四肢肌张力正常，肌力V级。双侧 Babinski 征(-)，指鼻试验(-)。

辅助检查：

心肌酶：ALT：14U/L (7-40)；AST：17U/L (13-35)；LDH：187U/L (115-220)；CK：59.5U/L (24-190)；CK-MB：8.6U/L (0-24)； α -HBDH：138.9U/L (95-250)；

血清肌钙蛋白 I-阴性；

血离子、肾功：

K^+ ：4.7mmol/L (3.5-5.3)；

Na^+ ：143mmol/L (137-147)；

Cl^- ：106mmol/L (99-110)；

BUN：6.5mmol/L (1.69-8.34)；

Cr：52 μ mol/L (44-104)。

血糖、血脂：

Glu：4.6mmol/L (3.95-6.11)；

TG：1.19mmol/L (0.57-1.72)；

TC：3.91mmol/L (3.3-5.6)；

LDL：2.0mmol/L (0-3.37)；

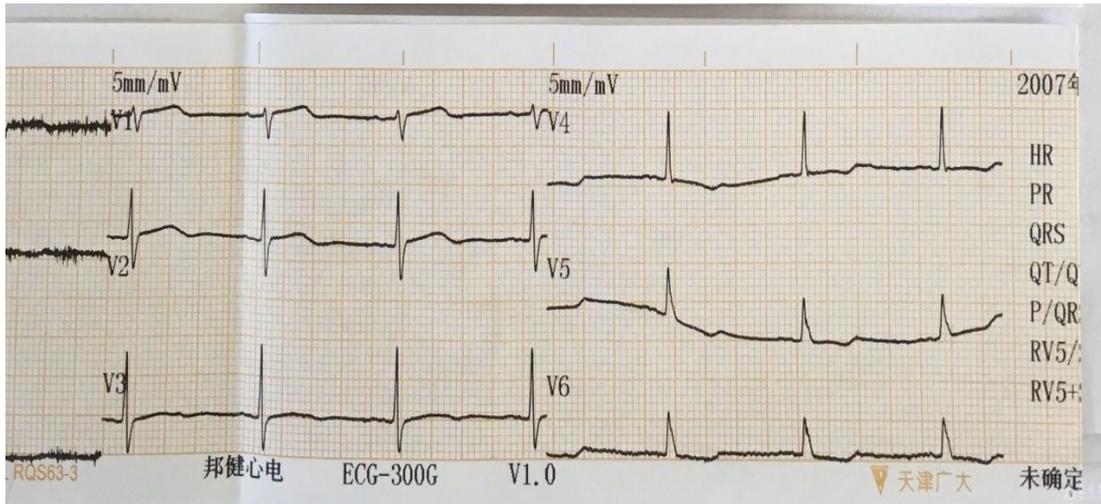
HDL：1.01mmol/L (0.91-2.06)。

血常规：正常；

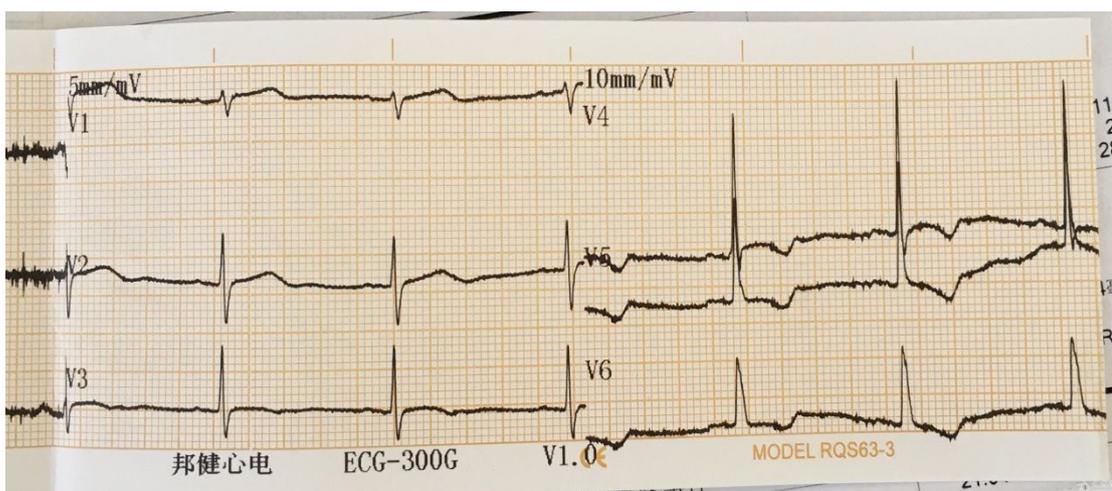
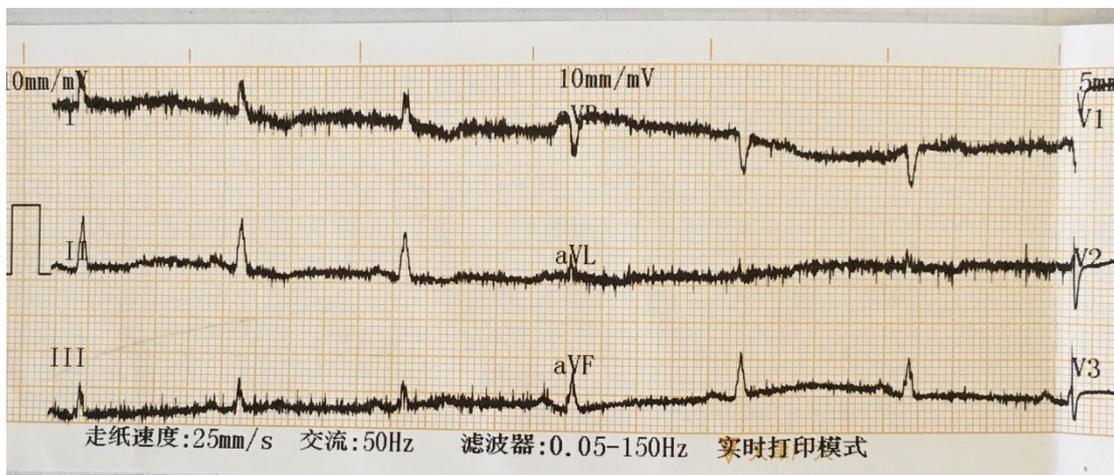
心电图：

入院后第一次心电图：





出院前心电图：



病例讨论

心脏彩超：见图。

M型及二维(mm)				多普勒	流速(m/s)
右室前壁厚度(D)		心尖	左房内径	MS	
右室内径(D)	16	四腔	右房内径	二尖瓣	3.0
室间隔厚度(D)	12	左室流出道		E/A	
左室内径(D)	44	主动脉瓣开放幅度		主动脉瓣	2.3
左室后壁厚度(D)	12	二尖瓣前后径		AR	
右室流出道(D)	19	二尖瓣口面积		三尖瓣	
主动脉根部内径(D)	18	EF (%)		TR	58
左房内径(S)	30	其它		肺动脉瓣	0.9
主肺动脉内径(D)	21			PR	

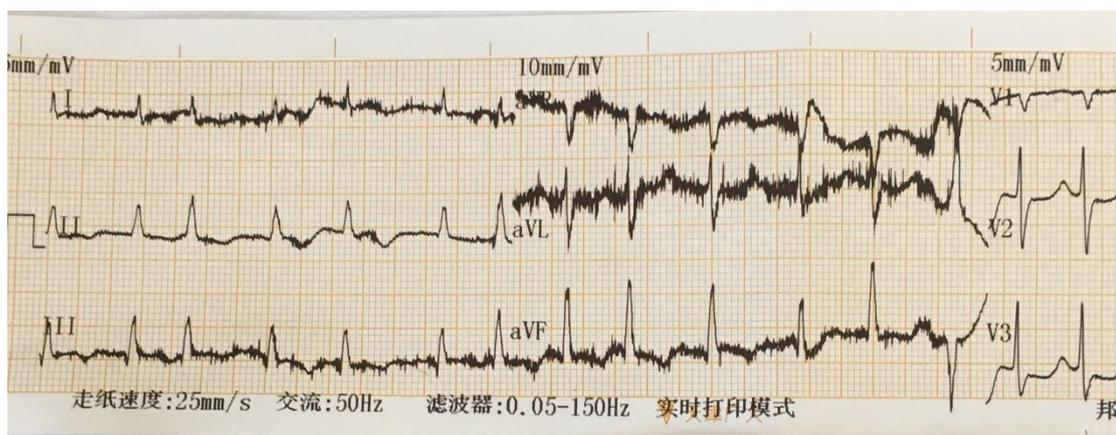
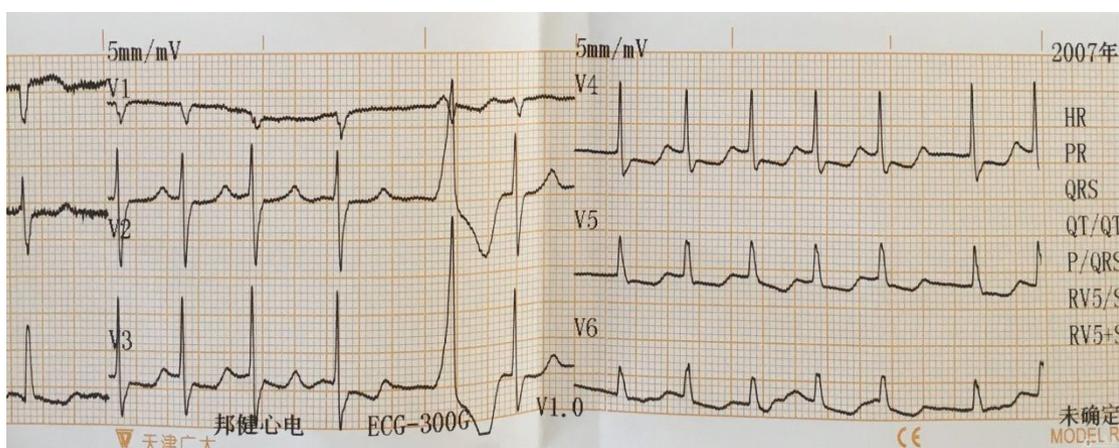
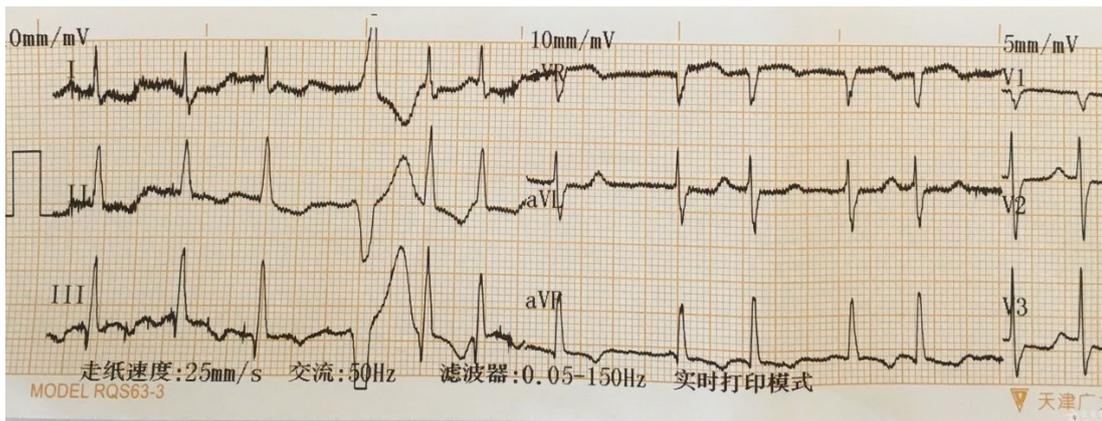
超声描述：

1. 各房室腔大小形态正常。
2. 室间隔及左室后壁增厚。
3. 主动脉瓣及二尖瓣钙化增强。
4. CD71, MR, AS 轻。

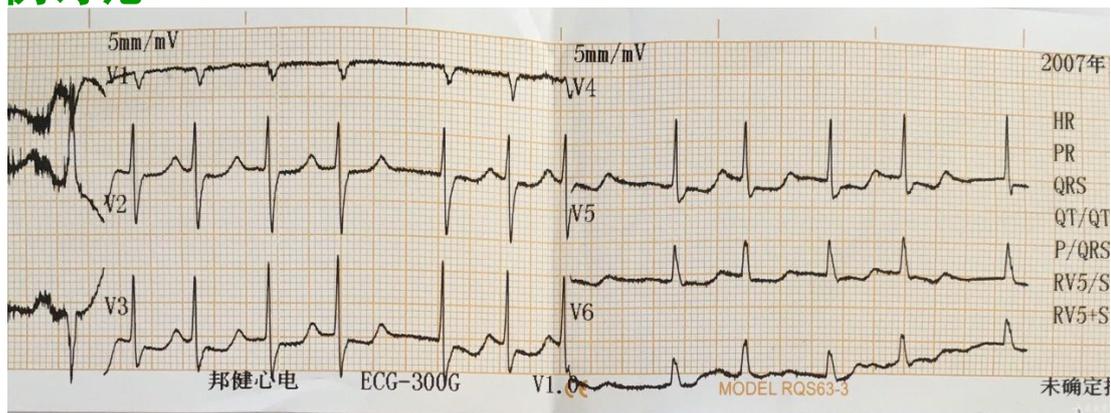
诊断：

1. 左室向心性肥厚。
2. 二尖瓣及主动脉瓣钙化伴反流。
3. 左室收缩功能正常。
3. 随访

出院 10 天后因持续胸痛 1 小时急诊来院，查了两次心电图，含服硝酸甘油不缓解，紧急转上级医院，2 日后反馈信息，诊断急性心肌梗死。



病例讨论



胸片：双肺慢性间质性变。

初步诊断：

1. 冠心病、不稳定性心绞痛
2. 高血压病（3级，极高危）。

治疗：

住院治疗：静脉给药：苦碟子注射液，果糖二磷酸注射液；

出院带药：硝酸酯类药物、ARB、阿司匹林、辛伐他丁、倍他乐克、愈心痛。

●讨论：

1. 该患者本次住院有双联抗血小板的指征吗？
2. 有没有其它可靠的方法预防急性心肌梗死？
3. 您在实践中要求患者长期口服硝酸酯类药物吗？依从性如何？发生头痛不良反应时您怎么处理？
4. 从出院后的心电图能找到急性心梗的表现吗？对比入院期间的心电图，对判断病情有意义吗？

●临床讨论：

anne 医生：

病例特点：

- a. 女性，高龄 84 岁，城镇居民；
- b. 发现血压增高病史 10 年；
- c. 此次以“反复胸闷、气短，心前区疼痛不适 5 年，加重 4 天”入院；
- d. 一般内科检查无特殊；
- e. 心肌酶谱及肌钙蛋白未见异常；

f. 按冠心病，不稳定性心绞痛处理有效；

g. 出院带药：硝酸酯类药物、ARB、阿司匹林、辛伐他丁、倍他乐克、愈心痛。

1. 该患者本次住院有双联抗血小板的指征吗？

美国退伍军人管理医院协作研究完成的阿司匹林防治男性不稳定型心绞痛的随机双盲试验，共入选病人 1266 例，按双盲法随机分为治疗组 625 例，服阿司匹林 324mg/d，安慰剂组 641 例，两组基础情况具有可比性。结果表明，12 周内致死和非致死性心肌梗死发生率分别为：10.0%和 5.0%，危险度降低 51% (P=0.0005)。阿司匹林虽于 12 周后停药，但 1 年随访死亡率两组分别为 9.5%和 5.5%，阿司匹林组降低 43% (P=0.008)，提示阿司匹林有显著防止病情恶化，降低病死率作用。但是，ADP 受体拮抗药：如噻氯匹定(抵克力得)、氯吡格雷(波力维)，在减少不稳定性心绞痛不良心脏事件方面与单用阿司匹林相比明显减少，二者联合应用已成为共识内容（《急性冠脉综合征非血运重建患者的抗血小板治疗中国专家共识》）。《共识》明确肯定了氯吡格雷+阿司匹林双重抗血小板治疗在非血运重建急性冠脉综合征(ACS)患者治疗中的基石地位。建议 ACS 患者急性期和长期治疗中的口服抗血小板治疗以阿司匹林联合氯吡格雷为主，高危或 PCI 患者可联合使用糖蛋白 IIb/IIIa 拮抗剂。所以，本例有双联抗血小板的指征。

2. 有没有其它可靠的方法预防急性心肌梗死？

CURE 试验入选了 12562 例不稳定心绞痛/非 ST 段提高的心肌梗死，表明在标准疗法（ASA、肝素、ACE 抑制药、β 阻滞药、他汀类）的基础上加用氯吡格雷，与对照组相比可使心脏病发作、卒中及心血管性死亡的危险性降低 20%。类似的研究还有 PCI-CURE，在 PCI 后持续应用氯吡格雷 1 年，将获得巨大收益。CURE 试验可作为今后临床参考。

3. 您在实践中要求患者长期口服硝酸酯类药物吗？依从性如何？发生头痛不良反应时您怎么处理？

长期口服硝酸酯类药物应注意药效有可能逐渐减弱，其原因是与药效有关的体内巯基物质消耗过多，一时“供不应求”。为了避免药物的耐受性，服药间隔应在 8~12 小时以上。劳力型心绞痛夜间可以停药，冠状动脉痉挛性心绞痛白天可以停药。如需每日服药或需服数次时，不要采用每隔 12 小时一次的办法，而应把时间安排成非对称性，如 8 时及 15 时各给药一次等。如出现耐受性，为了减少巯基化合物的消耗，也可用尼可地尔(硝烟酯)代替硝酸甘油。一句话，要注意间歇给药法、偏心给药法和

病例讨论

增量给药法的三原则。如果开始使用静脉硝酸甘油无反应，即为假性耐药，可给予速尿来克服假性耐药现象。限制水、钠的摄入，可改善心力衰竭时的假性耐药。

依从性问题：干扰临床使用的两个突出问题为耐药性和头痛的发生。临床中不规范使用甚至滥用的现象也可导致患者无所适从，从而降低患者的依从性。

发生头痛不良反应时您怎么处理？

由于硝酸脂类药物可使血管扩张，有可能引起头痛。阿魏酸钠对硝酸酯类药物所致头痛不良反应有一定的缓解效果，并对缓解胸痛起协同作用。

从出院后的心电图能找到急性心梗的表现吗？

可以看到室早的差异。单纯依靠这两份心电图不能诊断，需结合酶学检查或肌钙蛋白协助诊断。

对比入院期间的心电图，对判断病情有意义吗？

如果对比入院前心电图，对判断病情有一定的临床意义。 V_{4-6} 可见ST段下移，可提示诊断线索，但不特异。其表现既可是心绞痛，也可为NSTMI。

柏李溪：

诊断：

1. 冠心病、不稳定性心绞痛；
2. 高血压病(3级，很高危)。

治疗：

住院静脉：苦碟子，果糖二磷酸；

出院带药：单硝酸酯类药物、ARB、阿司匹林、辛伐他丁、倍他乐克、愈心痛。

讨论：

1. 该患者本次住院有双联抗血小板的指征吗？很明显，这次住院不排除急性冠脉综合症的情况，有双联抗血小板的指征。

2. 有没有其它可靠的方法预防急性心肌梗死？

出院带药已经是常规保守治疗的模板带药了。冠心病、不稳定性心绞痛，这种情况下的诊断结合患者的年龄因素、发作频次等表现应该更新为急性冠脉综合征。心肌损伤标志物现在不是金指标，必须冠脉造影，狭窄程度超过75%必须植入支架，可最大程度的预防心梗的发生。

3. 您在实践中要求患者长期口服硝酸酯类药物吗？依从性如何？发生头痛不良反应时您怎么处理？

原指南建议长期服用硝酸酯类药物，但是由于影响心肌内膜细胞的稳定性，不做首选推荐。临床上如有头痛明显的副作用，多改用活血化瘀类中成药替代治疗，效果较好。

绿漫天涯：

1. 该患者本次住院有双联抗血小板的指征吗？

患者出现比较危险的不稳定性心绞痛，双联抗血小板无可厚非，需提前查一下血小板和凝血功能。

2. 有没有其它可靠的方法预防急性心肌梗死？

患者冠心病、心绞痛发病 5 年，再发 2 个月，加重 4 天。如此较长的病史，加上愈来愈频繁的心绞痛发作，容易并发心肌梗塞。加上患者已长期口服硝酸酯类药物不能抑制心绞痛发作，说明冠状动脉的狭窄较严重，药物保守治疗已难以控制，立刻进行介入治疗是当务之急，血管面积狭窄超过 75%（相当于直径狭窄超过 50%）即需要放置支架，以迅速改善冠脉血供，防止心梗。现在三甲医院多有介入绿色通道，即使心梗发作，及时手术，仍有很高的存活率。

3. 您在实践中要求患者长期口服硝酸酯类药物吗？依从性如何？发生头痛不良反应时您怎么处理？

硝酸酯类药物不建议长期口服，根据病情阶段性用药还是必要的，症状改善后可给予有效的中成药如麝香保心丸、丹参滴丸、保心宁等长期维持。硝酸酯类药物服用初期容易出现血管性头痛，部分患者拒绝再次服药，我的处理办法是从小剂量开始服用，如单硝酸异山梨酯普通片 10mg qd——10mg bid——20mg qd——20mg bid——缓释片 20mg qd——30mg qd 来用，往往可避免头痛。

从出院后的心电图能找到急性心梗的表现吗？

单从图上不能确定心梗。虽有严重的心肌缺血表现，但还要看临床表现，心绞痛发作超过 5 分钟，且含服硝酸酯类不缓解，都应引起足够的重视，一定查一下心肌酶。

对比入院期间的心电图，对判断病情有意义吗？

有意义！短时间内心肌缺血明显加重，而原来的心电图即有心绞痛，加重后理论上要考虑心梗，从而促进心肌酶学动态检测。最可怕的是心电图没有典型心梗表现，而临床也没有胸痛等表现，那对于医患双方都是极危险的。

病例讨论

xzp_dragon:

1. 该患者本次住院有双联抗血小板的指征吗？

答：有指征，给予阿司匹林 100mg+氯吡格雷 75mg（75 岁以上不建议给负荷剂量）；双抗疗程 ECS 建议维持 12 个月，AHA 认为 6 个月更安全，也有的学者认为应个体化，不应拘泥于指南。

2. 有没有其它可靠的方法预防急性心肌梗死？

答：冠脉造影，PCI。目前多排双源 CT 逐渐普及，CTA 也可选择。

3. 您在实践中要求患者长期口服硝酸酯类药物吗？依从性如何？发生头痛不良反应时您怎么处理？

答：硝酸酯类药物有价值，可以长期给药，应做到“偏心给药”、足量给药（比如消心痛生物利用度不高，5mg tid 作用不大，应 10mg tid）。

向患者说清楚，硝酸酯类药物有适应过程，开始的头痛症状可能会逐渐适应，坚持一下非常有益，增加依从性，工作要做细致。

患者常常同时口服阿司匹林，也对缓解头痛有帮助。如确实不能耐受，可以换其它药物。

从出院后的心电图能找到急性心梗的表现吗？

答：找不到。应急查 CK-MB 和肌钙蛋白。

对比入院期间的心电图，对判断病情有意义吗？

单纯依靠心电图不能确定急性心梗，但是心电图对病情判断还是有意义的：

1) 心率快了。该患者当时血压 80/60mmHg，血流动力学异常已经存在；

2) ST-T 改变明显了。提示心肌缺血情况有可能发生了变化了；

3) 室性早搏多了。提示心肌代谢情况有变化了。

最后请注意该患者的心脏彩超，提示明确的左室肥厚，高心病也是存在的，高心、冠心、心衰、休克同时存在，极度凶险。

多汗、畏寒、心悸伴游走性疼痛 1 月

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2635315-1.html>

●病例摘要：

基本资料：

患者，女，55岁，体重65kg，退休工人。

主诉：

多汗、畏寒、心悸伴游走性疼痛 1 月

现病史：

患者于 1 月前开始出现多汗、畏寒、心悸，伴全身游走性疼痛，部位不固定。病前无明显诱因，病后不伴发热、咽痛、咳嗽、流涕。无胸闷、心前区绞痛史，无腹泻、呕吐史，无关节肿胀、皮疹及掉发等表现。病后，在当地查三大常规、肝、肾功能、胸片及心电图，均未发现异常，诊断为“心血管神经症”。给予对症处理，无效。为求进一步诊治，收住院观察治疗。

既往史：

既往体健，无高血压、冠心病史，无肝病、肾炎、风湿热病史。否认肝炎、结核等传染病及其接触史。无手术外伤史及药物过敏史。

个人史：生于原籍，未到外地久居或旅游，生活规律。家庭经济条件好。25 岁结婚，丈夫健康，婚后夫妻感情好。子女健康。无吸烟、饮酒嗜好。已绝经 6 年，绝经后无阴道流血史。

家族史：

父母健康，否认高血压及冠心病史，无传染病及家族性遗传病病史。

体格检查：体温：36.5℃；P：84 次/分；R：20 次/分；BP：120/70mmHg。发育正常，营养良好，肥胖体型，自动体位，查体合作。全身皮肤无黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅发育无异常。五官端正，眼睑无浮肿，结膜无充血、水肿，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳鼻无异常，口唇无紫绀，咽无充血，双扁桃体无肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双侧呼吸运动相等，节律匀称，语音震颤觉正常。双肺叩呈清音。两侧肺呼吸音清，无干湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动局限，无震颤。心界不大，心音有力，心率 84 次/分，心律齐，各瓣膜听诊区无病理性杂音。腹部膨隆，腹壁静脉不显露，无胃肠型。全腹

病例讨论

无压痛，未触及包块，肝、脾肋下均未触及，肝区及双肾区无叩击痛。肠鸣音正常。肛门及外生殖器拒查。脊柱四肢无畸形，双下肢无水肿，各关节无红肿，活动无障碍，无杵状指（趾）。双手颤征（一）。神经系统查体未发现异常。

辅助检查：

血常规：白细胞： $4.70 \times 10^9/L$ ，血红蛋白：139g/L，中性细胞：53.5%，淋巴细胞：35.5%，血小板： $120 \times 10^9/L$ 。尿常规、粪常规正常；风湿三项（一）；肝、肾功能、血糖无异常；电解质： K^+ ：3.52 mmol/L、 Na^+ ：140 mmol/L、 Cl^- ：98.2mmol/L、 CH_0 ：4.68 mmol/L、TG：1.92 mmol/L、HDL-C：0.96 mmol/L、LDL-C：2.38 mmol/L；甲功五项：T3：1.0ng/mL（0.6-1.82）、T4：5.4ug/dL（4.50-10.90）、FT3：5.72 pmol/L（3.5-6.5）、FT4：1.23ng/dL（0.85-1.76）、TSH：10.0mIU/mL（0.55-4.76）。抗甲状腺球蛋白抗体：140.30U/ml（0-60）；抗甲状腺过氧化物酶：184.10U/ml（0-60）。心电图示窦性心动过速。心脏彩超：AO：3.04cm、LA：4.02cm、RV：1.86cm、IVS：0.97cm、LV：5.2cm、LVPW：0.92 cm、E/A：66cm.sec⁻¹/81cm.sec⁻¹<1。提示左房增大，余房室腔正常，心内结构大致正常。

●临床分析：

55岁女性患者，既往健康，已绝经6年，绝经后无阴道流血史。此次以“多汗、畏寒、心悸伴游走性疼痛1月”来院就诊，曾查三大常规、肝、肾功能、胸片及心电图均未发现异常。被诊断为“心血管神经症”。院外对症处理无效。现将诊断思路分析如下：

1. 患者畏寒而无发热，有多汗、心悸、游走性疼痛等症状，且处于围绝经期这个“多事之秋”。不排除围绝经期综合征的可能。该病多发生于45~55岁，大多数妇女可出现轻重不等的症状，有人在绝经过渡期症状已开始出现，持续到绝经后2~3年，少数人可持续到绝经后5~10年症状才有所减轻或消失。临床表现为潮热、出汗，是血管舒缩功能不稳定的表现，是围绝经期综合征最突出的特征性症状。本例症状虽发生于绝经后6年，由于症状的非特异性，可能是原先症状较轻不被重视。

2. 风湿性肌纤维组织炎为一种慢性疾患，多与风寒、潮湿等有关，全身各处均可发生，可有全身游走性疼痛表现。但该病以颈肩部、腰骶部痛多见，本例“风湿三项”无异常，可以排除。

3. 本例也要考虑骨质疏松症。如上述老师分析的那样，55岁中年女性患者，已绝经6年，全身游走性疼痛，部位不固定，辅查风湿三项（一），需考虑骨质疏松症可能。需作X线、骨密度测量等相关检查明确诊断。

4. 患者畏寒而无发热，有多汗、心悸等症状，还要考虑甲状腺疾病。本例虽然无甲状腺本身的体征，由于患者处于围绝经期这个特殊阶段，各项激素（包括甲状腺激素）衰减，是原发还是累及，应查甲功和相关抗体做出鉴别。基于此项考虑，本例进一步检查印证了临床推测。其结果符合桥本氏病伴亚临床甲减。

●临床诊断：

桥本氏病伴亚临床甲减；围绝经期综合征不除外。

●治疗方案：

目前认为，桥本甲状腺炎（HT）引起的亚临床甲减、甲状腺特异性抗体阳性及促甲状腺激素 TSH 大于 12mIU/mL 者，早期采取积极的治疗措施是值得推荐的。不过，对于伴有严重心脏疾患的病人，激素替代治疗应谨慎。如果患者未接受甲状腺激素治疗，宜注意密切随访，定期复查甲状腺激素谱和血清 TSH。

老年亚临床甲减的诊断和治疗一直是备受争议的话题。应根据患者的具体情况而定。抗甲状腺抗体阳性的患者即使血脂正常，因其发展为临床型甲减的可能性较大，也需要治疗。TSH 浓度为 4.5~10mU/L 者，亚临床甲减与全身性甲减症状或心功能不全的相关性尚未确定，目前缺乏以人群为基础的研究，不建议常规给予左甲状腺素钠治疗，但是需要每隔 6~12 个月随访甲状腺功能，监测 TSH 水平；TSH \geq 10mU/L 者，发生临床型甲减的危险性增加，建议给予治疗，可以改善症状，降低 LDL-C 水平，应用左甲状腺素钠治疗后 14%~21% 的患者可以不发生临床型甲减。

亚临床甲减治疗的最主要目的是缓减症状，避免发展成临床甲减及预防与亚临床甲减相关的心血管和其它任何原因导致的死亡率增加。迄今为止，对于亚临床甲减的治疗尚未达成共识。一旦决定甲状腺激素替代治疗，宜首选 L-T₄，而且，起始量不能超过 25 μ g/d，每 4~6 周根据 TSH 的反应和临床表现，缓慢地增加剂量以避免对心血管产生不良的影响。调整至维持剂量后每 6~12 个月监测甲状腺功能。因为老年人对甲状腺激素的清除率下降，故其替代的维持剂量应低于年轻人。

激素替代疗法（HRT）是围绝经期综合征主要的治疗方法。临床用药一般根据 2003 年中华医学会妇产科分会绝经学组对围绝经期和绝经后妇女治疗原则执行。有口服给药、阴道给药、皮肤给药，可依据病情及病人意愿选用。本例未予检测其它激素，暂不推荐。心理治疗是围绝经期综合征治疗的重要组成部分，可辅助使用自主神经功能调节药物，如谷维素、地西泮（安定）有助于调节自主神经功能。还可以服用维生素 B₆、复合维生素 B、维生素 E 及维生素 A 等。中医中药也是一种不错的选择，如六味地黄丸、养血安神丸等，可根据病情需要选择用药。防治骨质疏松可选用钙剂，作为

病例讨论

各种药物治疗的辅助或基础用药。绝经后妇女的适宜钙摄入量为 1000mg/d～1500mg/d，65 岁以后应为 1500mg/d。补钙方法首先是饮食补充，不能补足的部分以钙剂补充，临床应用的钙剂有碳酸钙、磷酸钙、葡萄糖酸钙、乳酸钙、枸橼酸钙等制剂，选择其中一种即可。

责任编辑：yjb5200120、绿漫天涯

编辑：刘现国

胃镜答案公布

镜下所见：

食道：中下段血管纹理清晰，扩张度好，齿状线清晰。

贲门：开放关闭自如，贲门上缘见一 2.0cm×2.0cm 息肉样增生，带蒂，活动度大，表面光整、稍充血，质地偏硬。

胃底：粘膜轻度充血水肿。粘液湖稍混浊，见少量液体。

胃体：粘膜轻度充血水肿。

胃角：形态正常，弧度存在，粘膜光滑柔软。

胃窦：粘膜充血水肿，红白相间，以红为主，见散在糜烂。蠕动可，扩张度好。

幽门：呈圆形，收缩好。

十二指肠：球腔规则，球部及降部近端粘膜未见异常。

镜下诊断：

贲门息肉；

慢性浅表性胃炎伴窦散在糜烂；

HP：（一）；

活检部位：贲门×2 块。

病理诊断：

（贲门）粘膜中度慢性炎，呈息肉样增生。

治疗方案：

镜下息肉摘除。

该患者半月后，内镜下行息肉根部圈套结扎，一周后复查息肉自然脱落，基底部愈合良好，两个月后复查，已痊愈。

医疗资讯

北京：新增 120 家医保定点机构

日前，北京新增 120 家定点医疗机构正式开始为医保病人提供服务，参保人员可以根据需要办理选定手续进行就医，其中中医医院、专科医院等定点医疗机构不需选择即可直接就医。北京市医疗保险事务管理中心介绍，这 120 家定点医疗机构是按照《关于公布北京市第二十一批医疗保险定点医疗机构名单的通知》的工作安排，完成了信息系统改造等工作，具备了为参保人员提供持卡实时结算服务的条件，经市医保中心验收合格并签订了服务协议。

上海：调整 46 项医疗服务价格

上海市发改委于上月发布消息称对部分医疗服务价格进行调整。据悉，此次待调整服务项目共有 46 项，包括特级护理、新生儿护理、静脉注射、心内注射、清创缝合、换药、人体残伤测定、康复评定等。其内容主要包括四个方面：一、适当调整部分医疗服务价格；二、华山医院北院等四家医改试点医院的有关医疗服务项目现行价格低于附件价格标准的，按照附件价格标准执行；三、医疗服务项目医保支付范围与标准，应当按照本市基本医疗保险有关规定执行；四、加强监督检查。

浙江：将渐冻症等罕见病纳入医疗保障

为帮助群众化解巨额灾难性医疗费用支出风险，浙江省结合医保基金结余和罕见病发病诊治等情况，决定将部分罕见病纳入医疗保障范畴，进一步遏制因病致贫、因病返贫。根据相关通知，自 2016 年 1 月 1 日起戈谢病、渐冻症、苯丙酮尿症列入罕见病医疗保障病种范围。其保障对象包括现参加省基本医保并获得浙江户籍满 5 年的患者；或参加省基本医保，年龄不满 5 周岁，其父母一方获得浙江户籍满 5 年的浙江户籍患者。

江苏：拟为医疗纠纷处理立法

近期江苏省法制办在其网站上公布了《江苏省医疗纠纷处理条例（草案）》征求意见稿。征求意见稿规定，医疗机构和医务人员应当按规定参加医疗责任保险或者医

医疗资讯

疗风险互助金，保险费由医疗机构和医务人员共同承担。医疗纠纷发生后，需要保险理赔的，医疗机构应当如实向保险机构提供医疗纠纷的有关情况。保险机构应当及时参与医疗纠纷的处理，并按照医疗责任保险合同的约定承担赔偿责任，在约定时限内予以理赔。

青海：试点医疗门诊统筹

青海省政府办公厅近日印发了《青海省城乡居民医保普通门诊统筹制度试点工作方案》，其内容主要是按照“基层就医、适度保障、合理分担”的原则，在青海省试点地区建立城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度。据悉，青海省于今年1月1日起在西宁市城西区、海南州开展覆盖全体参保城乡居民的普通门诊统筹制度试点工作，以便进一步提高城乡居民医疗保险待遇水平，减轻参保城乡居民普通门诊医疗费用负担。

JAMA Surgery：经皮冠状动脉介入术后 择期手术需间隔至少6个月

来自美国阿拉巴马州伯明翰的外科医生 Graham 等发现在接受经皮冠状动脉介入治疗（PCI）后的前6个月内，患者的手术取消率最高，且多与死亡或急性心肌梗死相关。这一结果与先前PCI后前6个月内心脏事件风险增加的结论一致。据悉此项研究在一定程度上克服了以往相关文献中存在的患者选择偏倚，但可能低估了手术取消率。最后此项研究结果建议，对于接受PCI后的患者，至少6个月以上再行择期手术更为安全。

Diabetic Medicine：15.9%亚洲糖尿病患者患有慢性肾脏病

香港大学的 Luk 教授及其团队在亚洲2型糖尿病人群中进行了一项横断面研究，主要观察慢性肾脏病（CKD）的负荷指标。据悉在2007年7月至2012年7月间，共计有28110例数据（大陆3415例，香港15196例，印度3714例，韩国1651例，菲律宾3364例，越南692例，台湾78例）按顺序纳入在这项研究。结果显示15.9%患者患有CKD，25%患者有微量蛋白尿，12.5%患者有大量蛋白尿。而在患有CKD的研究人群中，很少有人糖化血红蛋白（HbA1c） $<53\text{ mmol/mol}$ （7.0%），血压 $<130/80\text{ mmHg}$ ，且大多数都合并视网膜病变、感觉性神经病变、心血管疾病及自发性低血糖。

Stroke: 儿童 TIA 后发生卒中风险与成人接近

成人短暂性脑缺血发作（TIA）患者发生卒中的风险很高，发病三月内卒中风险为 10%~15%。然而对于儿童 TIA 发作的研究很少。波士顿儿童医院的 Lehman 教授等人探讨了儿童 TIA 后卒中发病比例及相关危险因素。研究者搜寻了 2010 年波士顿儿童医院评估为 TIA 的儿童病历，以确定 TIA 后卒中相关危险因素。结果显示儿童 TIA 后发生卒中风险与成人接近，同时发现动脉病变、女性及自身免疫性疾病为儿童 TIA 后卒中的危险因素，与 TIA 后卒中显著相关；而先前卒中病史表现出显著趋势。

Gynecologic Oncology: 糖尿病不影响宫颈癌预后

韩国 Bucheon St. Mary's 医院的 Choi 学者等进行了一项回顾性对照研究，其收集了 2000 年至 2013 年的 494 名宫颈癌患者的数据。根据患者确诊宫颈癌时已诊断患有糖尿病者划为糖尿病组（DM 组），其余为非糖尿病组（非 DM 组）。评估的参数有年龄、体质指数、癌症分期、组织学病理分型、肿瘤标志物、治疗方法和其他合并症。记录无病生存期（DFS）和总生存率（OS）。结果显示糖尿病不影响宫颈癌患者的生存期和总生存率，糖尿病患者死亡风险高于非糖尿病患者，但无统计学意义。

Nature Chemical Biology: 三联抗生素联合用药或对 MRSA 感染有效

据华盛顿大学医学院和诺特丹大学的研究人员的发现，联合使用三种 β -内酰胺类抗生素“美罗培南、哌拉西林、他唑巴坦”，可使这三种药物协同发挥作用、破坏细菌细胞壁的合成。在小鼠动物模型中，上述三联抗生素联合方案对于清除 MRSA 感染，同利奈唑胺一样有效，而后者是目前治疗抗生素耐药 MRSA 感染的主流用药，但相较于上述药物更为昂贵。因此，三联抗生素方案可能是一个用于对抗人类 MRSA 感染的替代方案，从而抑制抗生素耐药性 MRSA 感染态势的发展。

责任编辑：hehanhan

北国的雪

作者：宇宙旋风

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2703792-1.html>

中午时分，看见天空里飘起一阵白白的粉尘，下雪了。这天气预报还真准，不到半个时辰，门前的台阶上就落下一层绒绒的白。

什么时候，北国的雪也变得这么的慢条斯理了？印象中，漫天飞絮，暮雪纷纷才是东北的雪景；说来好笑，儿时听人说，东北的大雪天是要冻掉鼻子的，一直当真了好多年；后来到了长春，也见过纷纷扬扬的雪，却不见得有那么夸张。

一直对北国的雪充满遐思；有一本小时候看过的连环画、京剧里听过的样板戏——《林海雪原》：“穿林海，跨雪原，气冲霄汉……”何等的雄浑壮阔？再后来就是课文里《林教头风雪山神庙》的雪景，英雄末路，银枪煞雪！再后来，有了“北国风光，千里冰封、万里雪飘”的豪迈……

文学的理想总是高于生活，这是因为源于作者的激情。来到北国的都市，晃悠悠也有十几年了，那些心中的豪气呢？每日忙忙碌碌，那些长白山的雪，大兴安岭的雪，哪有闲暇去触及他的意境呢？

我们小区的旁边以前有一家电厂，没搬走的日子，冬雪飘飘的时候上面总会有一层薄薄的黑尘；前几年每见大雪漫天的景况，就是环卫工人最辛苦的时候，半夜里，常常听到外面马路上铁锹铲雪的声音；这几年不用了，扫雪机，撒上融雪剂，只要雪一停，道路基本上是干净的；人是方便了，我常常在堆过雪的地方，发现硬硬的白色结晶体，上初二的姑娘说：“别碰，那是融雪剂，有毒！”

无法释怀这一切的变迁，我不知道北国的雪，将来会是什么样子？湘南的家是儿时生长的地方，那时候也有冰天雪地，厚厚的雪带来许多冬趣，现在是很难看到雪的影子了；记忆颇深的有一次，为了生计，曾经在一个大雪飘飞的沉沉冬日里，行走于鄂北竹林中，听空谷回响，品苍翠傲雪……这一切似乎安逸，似乎止息在并不漫长的岁月里。

我想去有雪的地方，看看各地的雪景，哪怕是大漠，哪怕是北极，留些记忆里的照片；别到有一天，像冰河世纪的雪只是活在我们的想象里；未来冬天的孩子，怕不会只是像拍电影般来一场人造雪？

雪无声息，历史留痕；自然的造化里，总会有人类的生机。

微聚焦：镜头十六 (医患身份互换，感受对方的立场)

作者：品味淡泊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2701525-1.html>

这几天心情相当不好，感觉度日如年！疑神疑鬼，总怀疑自己得了食道癌，吞咽食物梗噎、烧灼感，只能进食半流质软食，仔细回忆所学知识，觉得自己的症状跟食道癌的临床症状几乎一致。

老公开导我，不要胡思乱想，你之前一点症状都没有，只是因为进食一粒感冒胶囊后才出现的这些症状，还是考虑药物灼伤食道所致。

跟亲人倾述，跟朋友聊天，字里行间都流露出一种恐惧，对病的恐惧。

追溯家族史，奶奶就是患食道癌去世的，自己又好食腌制品，对婆婆又生埋怨，没事弄那么多腌制品干什么，难道不知道吃多了腌制品容易致癌吗？

给婆婆说，以后别再弄腌制品了。

吃药第六天，症状才消失……

这才如释重负，但又不由得生出些许感慨：自己的心理素质为何变得如此之脆弱，一点小症状就草木皆兵，如临大敌。

试想，作为医生的我尚且如此，那么，对疾病知识一无所知的患者来说，又该如何呢？

我们在接触这类患者的时候，不妨多站在患者的角度多为他们想想，不要厌烦患者的唠叨和啰嗦。

互换立场，请多一份耐心！多一份理解！



小溪水命——给妈妈的帖子

作者：ngf1978

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2118914-1.html>

(一)

朋友们在笑谈命运，我便想起妈妈的话，她常常说她的命是小溪水命。

我不知道水命还有那么多？追问妈妈为什么是小溪水命。妈妈说：“小溪水很浅，一眼望到底；从山上流下来，有时候会哗哗的响，有时候又很平静。”然后她又笑着说，这是小时候别人给她算过的，成不了大人物。

我总不能理解为什么那个人把妈妈的人生概括为普通的小溪水。

当我上了高中，然后上大学，知识超越了妈妈的时候，偶尔嘲笑她是小溪水，很浅；却不知道一眼望到底是因为她的清澈；当我有了自己的孩子，要不停的对孩子讲话，讲常识、讲道理，有时候还要训斥他，这时候的我诧异自己为什么那么喧闹、急躁，就像在石间流淌着的小溪水；冬春交际的时节，寒热侵犯了孩子，当我默默守在他的床前，抚摸他发烫的脸颊时，我又安静的不敢大声呼吸，就像在草丛低下缓缓流淌的小溪水。

现在，我是不是懂了妈妈的话，懂了她的小溪水命。

(二)

过去的经历很多，伤痕累累，快乐的日子不多，而每一个快乐的往昔都在我的记忆里珍藏着。

记得最清晰的生日是上初中的那一次，没告诉任何人，没有心情快乐，享受快乐是一种罪过。生日也只是普通的漫长的一天而已。中午放学时，妈妈来到学校，叫我出来，带我到学校对面的小店吃狗肉汤饭。那时候一大碗带几条肉丝的狗肉汤才六元钱，饭是免费的。这就是妈妈给我过生日的庆祝。我非常高兴，高兴的是妈妈到这么远的学校来给我过生日，踩单车要一个多小时，至于吃什么、怎么过都没所谓。她很开心，这开心的样子不是装给我看的，她是真的希望我高兴；而我对生日完全没有感觉，在那之前和之后很多年都没有感觉，也几乎没有什么记忆，唯有这一天，既然妈妈开心，那我也要开心！我尽量装出高兴的样子，狼吞虎咽，把注意力放在吃饭上。妈妈吃过饭来的，她环视一下空无一人的小店，老板在一个玻璃柜台后面闲坐，生意

看来很差。然后妈妈发现那玻璃柜子里有一大块蛋糕，她问老板卖不卖，说今天是小孩的生日。老板人很好，说是自己家人前一天过生日剩下的，切了两小块给我们。妈妈很感谢，她没有给我买生日蛋糕，这么巧，店主送了给我们，正好完美了。我不喜欢吃甜食，妈妈很喜欢，尤其是蛋糕，这习惯一直保持到现在，我们家的蛋糕大都是妈妈消灭的。吃完饭和蛋糕，我要回学校了，妈妈目送我走进校门，骑车回去。

后来妈妈说，平时在家里感觉我长的挺高的，比她高了，但是从学校里和其他学生们一起走出来的时候，看起来还是并不高。

(三)

带着妈妈来到这个陌生的城市，时常愧疚。让妈妈远离了故土，离开了亲人和朋友，几十年的人情一下子就断开了，想找个聊天的人都没有。特别是最初的几年里，刚刚开始工作，业余时间里，不是学习以应付各种考试、晋级，就是购房、结婚、生子，忽略了妈妈的孤独，为数不多的和妈妈聊天，也都是因为在单位受了什么委屈，没人倾诉，又不想在朋友们面前示弱，往往买醉或者在夜晚的阳台上吸烟，实在没办法憋在心里的时候，才找妈妈说说，没有什么固定的话题，也不能完全把苦水倒给老人家，但就是这样泛泛的闲聊，妈妈也总能感觉到我细微的不快，转弯抹角的告诉我——要尊重别人，哪怕别人是比你年纪还轻的，谁让人家是先来的，所谓“强龙不压地头蛇”就是这个道理；或者跟我讲讲生活还不如我们的家庭，他们是多么艰辛的苦熬的。我就释然了，比上不足比下有余，阿Q精神恢复了。

做家长容易，生孩子而已；让子女尊重却难。

(四)

妈妈是很随和的人，随和的人有个特点，就是干什么事都不会坚持较长的时间，但是在干某一件事的时候会特别的认真。比如有一年多的时间，妈妈没做什么事，空闲的时间很多，开始画画，也不需要特别准备纸笔，随便一张纸一支笔就可以画，铅笔也行，彩笔也行，画的都是花、鸟，北方的花鸟，了解的多，看的也仔细，所以画的出来。她老人家画的水平不高，但在业余里面也算拿得出手的。期间还看电视里教的画法，画了几个月，水平提高不多。改下跳棋了，在网上和人对战，几个月过去，级别到最前面三、四个档位，觉得很伤害眼睛，又不玩了，……现在和邻居们跳广场舞，不为了表演，就为保持身材，不要太胖；而且，一起跳舞的老太太们都喜欢她，交了几个好朋友！

无论她用什么方法来消遣闲暇的时间，都很快乐，我也和妈妈一样，感谢她把这样的性格传给我。

(五)

晚上我常常会自动洗碗。因为妈妈接了孩子回来，又在酷热的厨房里准备了可口的晚餐，很辛苦了；而忙了一天工作的老婆回家后又给孩子洗澡，还要洗衣服，有些衣服是要手洗的，所以我要分担一点点家务，维持家庭的平衡，不让老婆有怨言。

这样的行为养成习惯时，妈妈就觉得委屈了我，一个大男人在家里还要做事，不符合当地的习俗，我并不理会，坚持做。妈妈就在做完饭后，立即把难刷的锅都洗干净，炒菜的油锅、煲汤的高压锅都很难清洗，妈妈不想我多做事，又不愿违拗我，还跟我说：“趁着锅热，容易洗。”

(六)

南国的夏日就这么来了，没有春的清凉和娇嫩，直接带了闪电和酷热来了，雷声大，雨却不多，有时在半夜里偷偷的下，温度却没有降低，反而不停的上升，已经有30多℃了，夜晚的窗不再关上，晾在阳台上的衣服就要有人注意收进来，免得雨水打湿，半夜里客厅里传来轻轻的脚步声，就是妈妈起来收起衣服的声音，现在是我起来了，妈妈有一天对我说：你不上夜班的时候，我就可以安心睡觉了，不用起来收衣服。我于是希望自己不用上夜班。

【编者按】“世上只有妈妈好，有妈的孩子像块宝”，母爱是伟大的，母爱又是平凡的，如春风滋润心田，如细雨默默无声，大爱无言，都在一点一滴中！

责任编辑：中医理论



编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越办越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！2015年的纸质杂志年刊已经组稿完毕，开始印刷，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和投稿吧！

心电图有奖读图第五十一期 评审工作及获奖名单

作者：nikkive

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2685027-1.html>

心电图诊断：

窦性心动过缓伴窦性心律不齐；

多形性室性早搏（时呈二联律）；

阵发性室性心动过速（时呈多形性室性心动过速及双向性室性心动过速）。

诊断依据：

患者动态平均心率 53 次/分，最慢 37 次，最快 136 次。诊断窦性心动过缓伴不齐，平时心率较慢，心率稍增快后长 II 节律导联可见室性早搏，联律间期大致相等，波形不一，为多形性室性早搏，随着心率增快，室性早搏次数及形态逐渐增加。最后

编读往来

发展为大部分导联 QRS 波群主波方向呈 180° 交替转换的双向性室性心动过速。双向性室性心动过速 (BVT) 是一种少见而严重的单形性室性心动过速, 发作时同一导联出现两种形态相反的宽大畸形的 QRS 波按顺序交替出现。大多数室性心动过速为阵发性的, 在室性心动过速发作时, 患者可出现心悸、胸闷、胸痛、黑蒙、晕厥。患儿较为年轻, 4 年前出现晕厥, 运动后突出。临床考虑儿茶酚胺敏感性多形性室速 (CPVT)。CPVT 是少见的遗传性心律失常疾病, 平均发病年龄是 7~9 岁, 但也有 40 岁才发病的报道。大约 13% 的 CPVT 患者首次表现为心脏骤停。没有治疗的 CPVT 患者, 在 30 岁以前, 死亡率高达 30%~50%。

鉴别诊断:

- 1、长 QT 综合征, 一般长 QT 和运动无关。
- 2、致心律失常性右室心肌病 (ARVC), 可检测右室结构是否异常, 但不典型时较难鉴别。

临床意义:

CPVT 患者需长期足量的 β -受体阻滞剂治疗能防止一些患者再次出现晕厥, 但是对于仍不能满意控制心律失常发生的患者, ICD 治疗可能是有用的。

本次参与的老师有限, 但是回答的都相当完美。可惜只有一份礼物。根据回答是否结合临床资料来看, 评奖结果如下:

一等奖: wjjhywj

二等奖: 云的影子 秋土 陈列一

三等奖: liujiyu2004

责任编辑: 修竹临风

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 400~500 字。

二、专家讲坛：主要针对近 2 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 2000 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 800~1000 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应

爱爱医杂志稿约

的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时如涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

七、专业论文或综述：要求必须原创，严禁剽窃抄袭。如有发生，将于核实后的下期杂志中通报批评。按照正规论文格式要求，欢迎提供英文摘要。有理有据，论点充分，参考文献尽量选用北大核心或 medline 收录的文献，提倡引用高质量英语文献。

八、医疗资讯：要求短小精悍，搜集最新最有代表性的一句话医疗新闻，让爱友们了解最新医疗动态。

九、爱医热点：要求标题简明扼要，直叩主题，选择论坛最具有代表性的热点活动及病例，可以给出主题后附上论坛帖子链接地址。

十、关注：内容主要是关注与医生有关的行业热点话题、医改动向、医疗法律、医院发展等。要求有一定的代表性和社会关注度。字数 1000 字左右。

十一、问卷调查：要求在论坛以调查帖的形式发出，参与人数比较多，有代表意义，最好附上相关评论。评论字数不少于 200 字。

十二、医网情深：要求必须是贴近医生生活的原创的心情文字，内容积极，文字优美，最好配有插图。字数每期 1200 字左右。可以独立成篇，也可以长篇连载。

十三、精品展示：内容主要是来源于论坛各专业版面精品伯乐推荐整理的精品帖，要求帖子内容有广泛的指导意义，而且附有伯乐的推荐理由。

注：

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

2.中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1.请爱友参考《爱爱医》杂志版 (<http://zz.iyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。2.也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原創精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。

